第7次 三重県医療計画

第７次
三重県医療計画



平成30年3月
三　重　県

平成30年3月 三重県

第７次三重県医療計画の策定にあたって

～三重の医療を守るために～



わが国はかつて経験したことのない高齢社会を迎えており、今後さらに高齢化が進む見込みです。本県においても、総人口が減少する中で、65 歳以上の人口は数・率ともに増加を続けていくと推計されています。特に、医療や介護への依存度が高くなるといわれる 75 歳以上の高齢者が増加し、高齢者に多い疾病を含め、医療需要の増大は避けられない状況です。

そのような中、医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で必要な医療や介護が受けられ、安心して生活できるよう、医療と介護の関係者が連携しながら、各地域の医療提供体制を整え、地域包括ケアシステムを構築することが求められています。

一方、医療を支える医師や看護師等の不足が叫ばれて久しく、特に本県ではその傾向が顕著であることから、引き続き人材確保対策にも取り組んでいく必要があります。

本県では、これらの社会情勢や医療を取り巻く環境の変化に対応すべく、限られた医療資源を有効に活用し、患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供できるよう、第７次三重県医療計画を策定しました。

本計画においては、特に、がんや脳卒中などの疾病対策や、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期・小児医療、在宅医療の対策について、地域の現状を分析し、地域の状況に応じた医療提供体制の構築をめざすこととしています。また、医療と介護の連携や医療を支える人材の確保等にも取り組み、けがや病気をしたときから在宅療養に至るまで、切れ目なく医療が提供できる体制を提示しています。

また、本計画では、疾病対策等に関して６年後の数値目標を設定しています。計画の進捗を適切に管理し、着実な実施につなげていくことが、患者本位の良質かつ適切な医療の提供につながると確信しています。

医療は、安心して暮らせるまちづくりの根幹をなすものです。行政や医療機関はもちろん、県民の皆さんも一丸となって、この新しい計画を推進し、三重の医療を守っていきましょう。

最後になりましたが、本計画の策定にあたり、熱心にご議論いただいた三重県医療審議会をはじめ関係する部会等の委員の皆様、また、貴重なご意見やご提言をいただきました県民の皆様に、心から感謝申し上げます。

平成３０年３月

三重県知事　鈴　木　英　敬

目　　次

第１章　医療計画に関する基本方針

第１節　計画策定の趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１
第２節　計画の性格・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５
第３節　計画の特徴・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６
第４節　具体的な医療情報の提供・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６
第５節　計画の期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６

第２章　三重県の医療を取り巻く基本的な状況

第１節　三重県の地域特性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　７
第２節　人口および人口動態・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１１
第３節　保健医療施設の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２１
第４節　県民の受療動向・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３０

第３章　医療圏

第１節　医療圏の設定と基準病床数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３５

第４章　医療提供体制の構築

第１節　医師の確保と資質の向上・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　４１
第２節　医療従事者の人材確保と資質の向上・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５２
第３節　医療提供体制の整備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　７７
第４節　公的病院等の役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　８１

第５章　疾病・事業ごとの医療連携体制

第１節　がん対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９３
第２節　脳卒中対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１７
第３節　心筋梗塞等の心血管疾患対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１３９
第４節　糖尿病対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１６８
第５節　精神疾患対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１８３
第６節　救急医療対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２０１
第７節　災害医療対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２２４
第８節　へき地医療対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２４０
第９節　周産期医療対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２５１

第 10 節　小児救急を含む小児医療対策 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・271
第 11 節　在宅医療対策 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・292

第6章　医療に関するさまざまな対策

第１節　医療安全対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・317
第２節　臓器移植対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・321
第３節　難病・特定疾患等対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・325
第４節　アレルギー疾患対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・329
第５節　高齢化に伴う疾患等対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・330
第６節　歯科保健医療対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・333
第７節　血液確保対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・336
第８節　医療に関する情報化の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・338
第９節　外国人に対する医療対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・340

第7章　地域医療構想

第１節　地域医療構想策定の経緯と趣旨・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・343
第２節　策定の基本的な考え方と策定体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・343
第３節　医療需要と必要病床数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・344
第４節　実現するための取組・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・345

第8章　保健・医療・福祉の総合的な取組

第１節　保健・医療・福祉の連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・347
第２節　高齢者の保健・医療・福祉の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・347
第３節　障がい者の医療福祉の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・350
第４節　母子保健対策の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・352

第9章　健康危機管理体制の構築

第１節　結核・感染症対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・357
第２節　医薬品等の安全対策と薬物乱用の防止・・・・・・・・・・・・・・・・・・372
第３節　その他の取組・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・375

第 10 章　医療計画の推進体制

第１節　医療計画の周知と情報の公表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・379
第２節　医療圏等の推進体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・379
第３節　数値目標の進行管理と計画の評価・検討・・・・・・・・・・・・・・・・・384

第 11 章　資料編

第１節　疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針別表の指標・・・・・３８９
第２節　在宅医療に係る市町別の指標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４１８
第３節　計画改定の経緯・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４２２
第４節　委員名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４２５

用語解説　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４３３

本文中の「*」（アスタリスク）は、巻末の用語解説にその語句の説明が掲載されていることをあらわしています。なお「*」は、初出時のみ付けています。

第１章　医療計画に関する基本方針

第１節｜計画策定の趣旨

1.　策定の経緯と趣旨

○ 三重県では、昭和 63（1988）年 12 月に「三重県保健医療計画」を策定して以来、５年ごとに計画を見直し、改訂を行ってきました。

○ 平成 25（2013）年３月の第５次改訂では、新たに精神疾患と在宅医療を加えた、５疾病・５事業および在宅医療における切れ目のない医療提供体制を構築するため、疾病・事業ごとの数値目標の達成状況や具体的な取組内容を毎年評価しながら、保健医療関係機関・団体等との連携のもと、各種の施策を展開してきたところです。

○ しかし、さらなる高齢化が進み、「団塊の世代」が全て 75 歳以上となる平成 37（2025）年に向け、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことが求められています。

○ そのような中、平成 26（2014）年６月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が制定され、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステム*を構築することを通じ、地域における医療および介護の総合的な確保を推進することになりました。

○ また、各都道府県は地域医療構想を策定し、平成 37（2025）年に向けて、病床の機能分化・連携、在宅医療の充実を進めることとされ、本県においても、平成 29（2017）年３月に「三重県地域医療構想」を策定したところです。

○ こうした医療を取り巻く環境の変化に対応すべく、県内の医療提供体制の実態把握に努め、県民の皆さんが医療に対し、より一層の信頼と安心を実感できるよう、患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、今回、計画を改定することとします。

○ なお、上述のとおり、これまで「保健医療計画」として改訂を重ねてきましたが、保健に係る計画については「三重の健康づくり基本計画」が既にあり、平成 29（2017）年度に当該計画の中間評価が行われたことを機に、「三重県医療計画」に名称を変更します。また、本県の計画は、国が「第２次医療計画」とした際に「三重県保健医療計画（第一次改訂）」としたため、国の数え方とずれが生じています。このずれを解消することも含め、新たな計画を「第７次三重県医療計画」とします。

2. 第５次改訂（平成 25 年度から平成 29 年度）の達成状況

○ 三重県保健医療計画（第５次改訂）で掲げた５疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）・５事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）および在宅医療の数値目標については、前年度の達成状況を毎年度、三重県医療審議会および各部会等において確認・評価を行っています。

○ 平成 29（2017）年度においては、41 項目中、17 項目の数値目標について達成しています。

	数値目標	【参考】細分化した場合
全項目	41項目	53項目
目標を達成した項目	17項目(41.5%)	26項目(49.1%)
未達成の項目	24項目(58.5%)	27項目(50.9%)

※評価不能の１項目を除く。

○ 疾病・事業ごとの達成状況は下表のとおりですが、達成できていない 24 項目中、21 項目については第５次改訂時から改善しています。また、がん検診受診率については、子宮頸がん検診では目標を達成しており、急性心筋梗塞による年齢調整死亡率*については、女性は目標を達成しています。救急医療の受入困難事例の割合についても、回数（４回以上の割合）は目標を達成しています。

○ 一方、目標未達成であり、策定時から数値も改善されていない３項目のうち、妊産婦死亡率*については、平成 28(2016)年に妊産婦死亡が１名発生したことにより、出産*10 万件当たりの割合が悪化となりました。なお、平成 24（2012）年から平成 27（2015）年は 0.0 となっています。また、周産期死亡率*については、平成 27（2015）年までは全国平均と同じく減少傾向にありましたが、平成 28（2016）年に死産が増えたことで、全国最下位となりました。

○ 糖尿病による新規透析導入数については、厚生労働省のＮＤＢ*を使用していますが、データの抽出方法が途中で変更され比較ができないことから、評価不能としています。

○ 第７次計画では、第５次改訂の達成状況をふまえつつ、本県の実情に応じ、課題解決に必要な目標を設定することとします。

図表1-1-1 三重県保健医療計画（第5次改訂）の数値目標の達成状況

Ａ：達成
Ｂ：未達成（策定時より改善）
Ｃ：未達成（策定時と変わらず）
Ｄ：未達成（策定時より悪化）

疾病・事業	数値目標		策定時の数値	現状値（策定から５年後）	目標値	達成状況
がん	がんによる年齢調整死亡率（75 歳未満）（人口 10 万対）		78.5（全国平均比▲5.5%）	69.0（全国平均比▲9.3%）	全国平均よりも▲10%以上	B
	がん検診受診率	胃がん	7.2%	10.0%	50%以上（胃がん、肺がん、大腸がんは当面	B
		肺がん	19.9%	25.4%		B
		大腸がん	23.4%	32.8%		B

		子宮頸がん 乳がん	28.3% 19.8%	53.1% 37.8% (4年後推計値)	40%以上)	A B
	がん検診後の精密検査受診率	胃がん 肺がん 大腸がん 子宮頸がん 乳がん	71.9% 62.7% 62.5% 62.0% 76.3%	73.1% 71.7% 63.2% 67.0% 82.8%	現状値以上	A A A A A
脳卒中	脳血管疾患による年齢調整死亡率 (人口 10 万対)	男性	45.4	34.7	42.2 以下	A
		女性	27.4	19.8	26.5 以下	A
	特定健康診査 *受診率		44.0%	53.0%	70%以上	B
	脳卒中地域連携クリティカルパス *導入実施割合		17.2%	23.6%	40%以上	B
	脳梗塞に対するｔ－ＰＡ*による脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関 *数		13 施設	16 施設	17 施設	B
	人口 10 万人あたりの回復期リハビリテーションを実施できる病床数		41.5 床	64.0 床	50 床	A
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率 (人口 10 万対)	男性	24.0	20.6	20.3 以下	B
		女性	10.5	7.6	8.3 以下	A
	特定健康診査受診率		44.0%	53.0%	70%以上	B
	医師、理学療法士および看護師の心臓リハビリテーション指導士 *を配置している医療機関数		0 施設	0 施設	5 施設以上	C
糖尿病	糖尿病による年齢調整死亡率 (人口 10 万対)	男性	6.9	5.3	6.0 以下	A
		女性	3.4	2.4	3.0 以下	A
	糖尿病が強く疑われる人(HbA1c*(NGSP 値 *)6.5%以上)の増加率		1.24 (５年推計値)	1.06	1.06	A
	糖尿病による新規透析導入数		343 件 注1	479 件 注2	新規導入数の低減	評価不能
精神疾患	地域精神保健福祉連携会議の設置数		0	9 会議	9 会議	A
	退院促進委員会設置数		4 委員会	16 委員会	16 委員会	A
	高齢・長期入院患者の退院者数(１か月平均)		6 人	8 人	7 人	A
救急医療	救急医療情報システム *参加医療機関数		568 機関	651 機関	693 機関	B
	受入困難事例の割合	30 分以上	4.6%	3.8%	3.3%	B
		４回以上	4.1%	2.3%	3.0%	A

	救急搬送患者のうち、傷病程度が軽傷であった人の割合	56.4%	54.1%	50.0%以下	B
	救急救命士が同乗している救急車の割合	59.8%	78.1%	80.0%以上	B
災害医療	災害拠点病院*等の耐震化率	62.9% (22/35)	77.1% (27/35)	91.4% (32/35)	B
	救急告示医療機関のＥＭＩＳ*参加割合	53.1% (34/64)	95.1% (58/61)	100% (64/64)	B
	地域災害医療対策会議設置数	4 地域	9 地域	9 地域	A
	災害拠点病院等の訓練参加率	83.3%	100%	100%	A
へき地医療	へき地診療所 *等からの代診医 *派遣依頼応需率	100%	100%	100%	A
	へき地診療所に勤務する常勤医師数	13 人	16 人	13 人	A
	三重県地域医療研修センター*研修医受入数(累計数)	127 人	259 人	332 人	B
周産期医療	妊産婦死亡率（出産 10 万あたり）	6.5	7.5	0	D
	周産期死亡率の全国順位(出産千あたり)	29 位 (4.4)	47 位 (5.7)	10 位以内 (3.8)	D
	産科・産婦人科医師数（出産１万あたり） ※（　）内は実人数	93 人 (142 人)	121 人 (163 人)	110 人以上 (180 人以上)	A
	病院勤務小児科医師数(小児人口 1 万あたり) ※（　）内は実人数	4.3 人 (109 人)	5.3 人 (128 人)	5.5 人以上 (140 人以上)	B
	就業助産師数（人口 10 万あたり） ※（　）内は実人数	16.0 人 (297 人)	23.2人[注3] (420人)	23.2 人以上 (429 人以上)	B
小児救急を含む小児医療	幼児死亡率 *(人口 10 万人あたり) ※（　)内は全国平均	33.5（27.6）	10.7（17.7）	全国平均以下	A
	小児科医師数（人口 10 万人あたり） ※（　)内は実数	10.8 人 (200 人)	11.5 人 (208 人)	12.4 人以上 (229 人)	B
	救急搬送数（乳幼児の軽症者）	2,017 件	1,907 件	2,017 件以下	A
	小児傷病者救急搬送時の現場滞在時間（現場滞在時間が 45 分以上の割合）	0.40%	0.17% (速報値)	現状維持	A
	小児の訪問診療 *実施機関数	7 施設	9 施設 (４年後)	14 施設	B
在宅医療	訪問診療件数(人口 10 万人あたり) ※往診 *は含みません。	1,879 件	2,439 件 (４年後)	2,561 件	B

	24時間体制の訪問看護*ステーション従事者数のうち、看護師・准看護師数	192 人	344.1 人	249 人	A
	入院医療機関との退院時カンファレンス *開催件数	27 件	115 件 （4年後）	162 件以上	B
	死亡者のうち死亡場所が在宅の割合（自宅および老人ホームでの死亡）	17.6%	20.9%	22.2%	B

注 1　平成 22 年 10 月～平成 23 年 3 月の 6 か月間の全保険者データを* のレセプト集計（他県からの流入を含む）
注 2　平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月の 1 年間の国保・後期高齢者医療のレセプトデータを集計
注 3　三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」

3.　第７次計画の基本的な考え方

（1）医療機能の分化と連携による効率的で質の高い医療提供体制の構築

○ 「団塊の世代」が全て 75 歳以上となる平成 37（2025）年に向け、医療機能の分化と連携体制の整備を進め、５疾病・５事業および在宅医療における切れ目のない適切で効率的な医療提供体制の構築に取り組みます。

（2）地域包括ケアシステムの構築に向けた医療・介護の連携による在宅医療等の提供体制の整備

○ 医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、医療機関相互や医療・介護の関係者等の連携により、地域の状況に応じて、あらゆる世代に対応した在宅医療等の提供体制の整備に取り組みます。

（3）医療従事者の確保による医療提供体制の維持・整備

○ 地域や診療科間の偏在への対応を含め、医師、看護師等の医療従事者の確保対策に取り組みます。

第２節｜計画の性格

○ 「医療法」（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の４の規定に基づく計画です。
○ 長期的な視点から三重のあるべき姿を展望し、県政運営の基本姿勢や政策展開の方向性を示した本県の戦略計画である「みえ県民力ビジョン」の着実な推進に向け、特定の課題に対応するための個別計画です。
○ 本県の医療行政推進の基本方針であり、県民の皆さんが医療に対し、より一層の信頼と安心を実感できるよう、患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築をめざすものです。
○ 計画の推進にあたっては、医療および介護の総合的な確保を進めるため、「三重県介護保険

事業支援計画」や市町の「介護保険事業計画」との整合を図るとともに、「三重の健康づくり基本計画」、「三重県がん対策推進計画」、「みえ障がい者共生社会づくりプラン」、「第三期三重県医療費適正化計画」、その他医療と関連する計画との整合を図ります。

第３節｜計画の特徴

○ 県民、医療機関、医療関係団体、市町等が取り組む活動についても明らかにし、それぞれの立場から地域の医療を守る行動等につなげていくとともに、魅力ある医療機関や医療提供体制づくりを進めていきます。
○ 県民の皆さんが医療サービスを必要とするさまざまな場面で活用していただけるよう、具体的な医療情報についてもわかりやすく示します。

第４節｜具体的な医療情報の提供

○ 第７次計画では、５疾病・５事業および在宅医療の医療提供体制について、具体的な医療機関名等を本文中、もしくは県のホームページ上で掲載し、変更があった場合は随時更新していきます。

第５節｜計画の期間

○ 平成 30（2018）年４月１日から平成 36（2024）年３月 31 日までの６年間とします。ただし、第７章「地域医療構想」については、平成 37（2025）年をめざしています。なお、在宅医療その他必要な事項については、３年後に調査、分析および評価を行い、必要に応じて計画を変更することとします。

第１節｜三重県の地域特性

1.　地域の特性

(1) 地勢

○ 三重県は、日本のほぼ中央に位置し、南北に長い県土を持っています。北は愛知県、岐阜県に、西は滋賀県、京都府、奈良県に、南は和歌山県にそれぞれ接し、北から南にかけて伊勢湾、熊野灘に面しています。

○ 県内北部地域は名古屋生活圏に、南部地域の一部は和歌山県新宮生活圏に近接しています。また、北西部においては、滋賀県や奈良県等と関わりが深い地域となっています。

○ 面積は、平成 28（2016）年 10 月 1 日現在 5,774.41 ㎢で、国土の 1.53％を占めており、全国第 25 位の広さです[1]。

○ 県土は、中央を西から東に流れる櫛田川に沿った中央構造線によって、北側の内帯地域と南側の外帯地域に分けられます。

○ 内帯地域は東に伊勢湾を望み、北から西にかけては御在所岳や藤原岳等 1,000ｍを超える山々と養老、鈴鹿、笠置、布引等の 700～800ｍ級の山地・山脈が連なっています。

○ 一方、外帯地域の東部はリアス式海岸の志摩半島から熊野灘に沿って紀伊半島東部を形成し、西部には県内最高峰 1,695ｍの日出ヶ岳を中心に紀伊山地が形成されています。

○ 医療提供体制については、県内を北勢・中勢伊賀・南勢志摩・東紀州の４つの二次医療圏に分けています。さらに、三重県地域医療構想（平成 29（2017）年３月策定）の８構想区域ごとに地域の現状と課題を把握し、各地域の実情に応じてきめ細かに対応することとします。

図表2-1-1　二次医療圏・構想区域

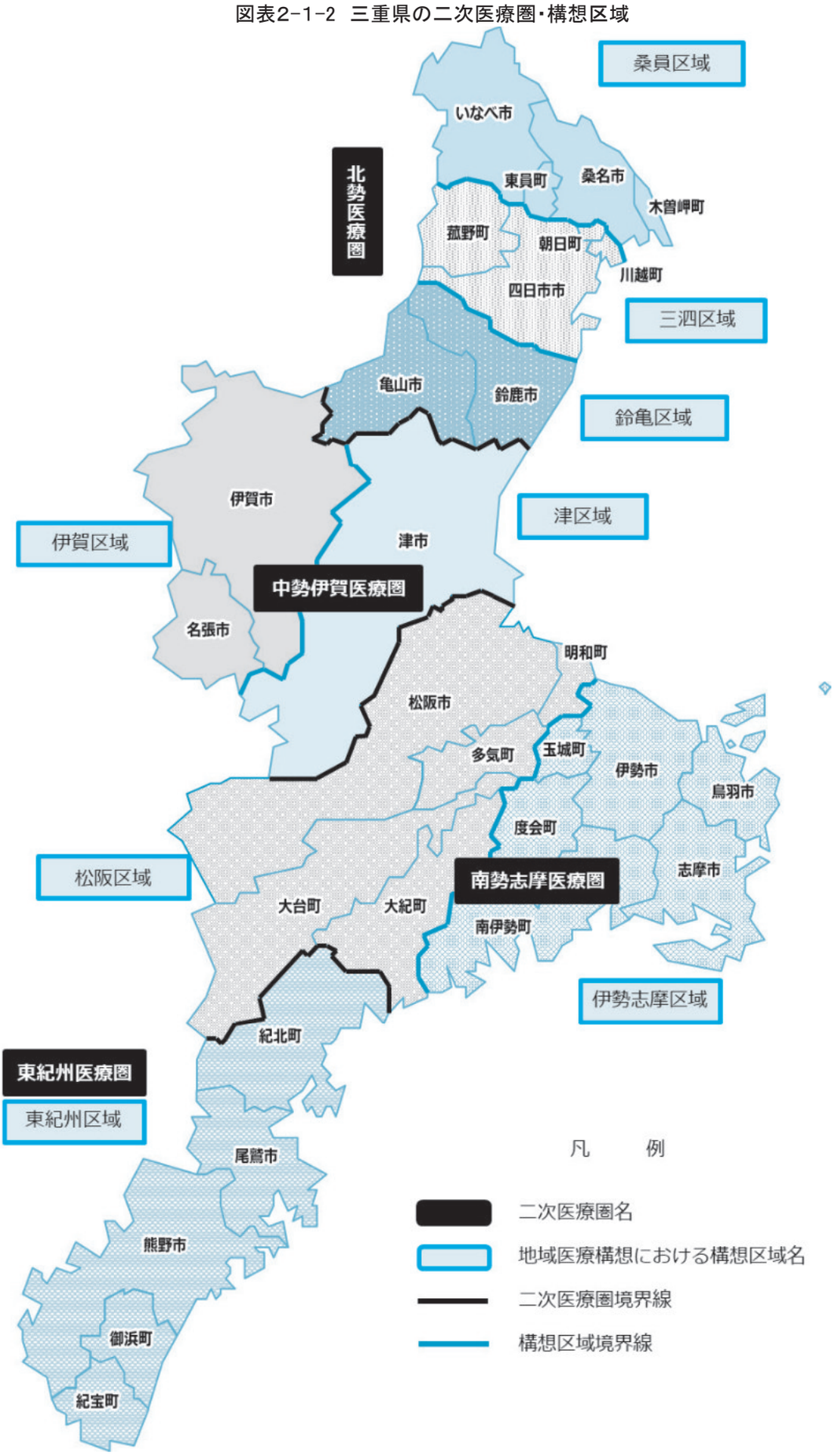
二次医療圏・構想区域		構成市町	人口（人）
北勢医療圏			840,770
	桑員区域	桑名市、いなべ市、木曽岬町、東員町	217,754
	三泗区域	四日市市、菰野町、朝日町、川越町	376,566
	鈴亀区域	鈴鹿市、亀山市	246,450
中勢伊賀医療圏			446,647
	津区域	津市	278,674
	伊賀区域	名張市、伊賀市	167,973
南勢志摩医療圏			449,933
	松阪区域	松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町	218,294
	伊勢志摩区域	伊勢市、鳥羽市、志摩市、玉城町、度会町、南伊勢町	231,639
東紀州医療圏（区域）		尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町	70,261

※東紀州医療圏は、東紀州区域のみで形成されています。

資料：三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

[1] 出典：国土地理院「平成 28 年　全国都道府県市区町村別面積調」

図表2-1-2　三重県の二次医療圏・構想区域



(2) 気候

○ 三重県の気候については、平野部、盆地部、山地部から成る地形の複雑さから、さまざまな特性があります。

○ 内帯地域中、海岸地帯に位置する津市は、年平均気温 15.9℃（平年値:1981 年～2010 年の 30 年間の平均値、以下同じ)、年平均湿度 69%と比較的温暖で過ごしやすい気候です。

○ これに対し、内帯地域の西側、布引山地等に囲まれた伊賀盆地にある伊賀市の年平均気温は 14.2℃と、県内観測所の中では最も低く、夏冬や朝夕の温度差が大きい内陸型の気候の特徴を示しています。

○ 外帯地域東側の海岸地帯は、黒潮の影響で温暖な地域が広がっており、その南側、熊野灘に面した尾鷲市の気候は、年平均気温 16.1℃と四季を通じて暖かい南海型の気候となっています。また、同市の年間降水量は 3,848.8㎜ と全国でも有数の多雨地帯となっています。

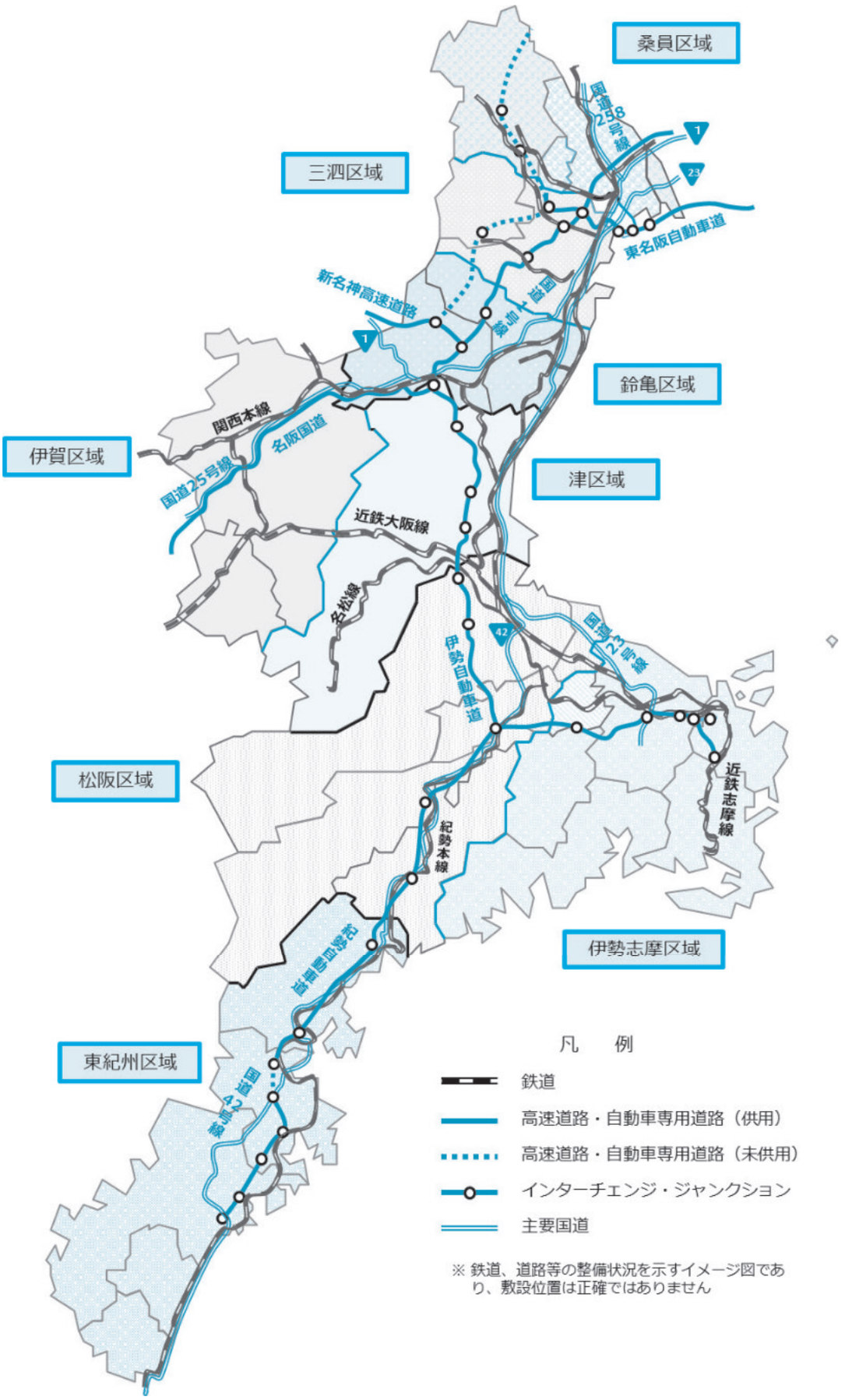
(3) 交通機関の状況

○ 県内の主要国道としては、１号、23 号、25 号、42 号、258 号等があり、高規格幹線道路では、近畿自動車道名古屋大阪線（東名阪自動車道）および近畿自動車道伊勢線（伊勢自動車道）等があります。また、平成 25（2013）年度には、近畿自動車道紀勢線（紀勢自動車道）の三重県区間が全線、熊野尾鷲道路が一部を除き開通しました。

○ こうした道路交通網において、国道 25 号は北勢地域と伊賀地域を結ぶ道路として、国道 23 号は北勢地域と中南勢地域を、国道 42 号は中南勢地域と東紀州地域を結ぶ道路として重要な役割を担っています。また、新たに開通した紀勢自動車道は、救急搬送や災害に強いルートとして地域の生活基盤を支えることが期待されています。

○ 県内を走る幹線鉄道としては、ＪＲの関西本線、紀勢本線、近畿日本鉄道の大阪線、名古屋線、山田線等があり、その他の鉄道としては、三岐鉄道、伊勢鉄道、伊賀鉄道等があります。

図表2-1-3 県内の主要交通網



第２節｜人口および人口動態

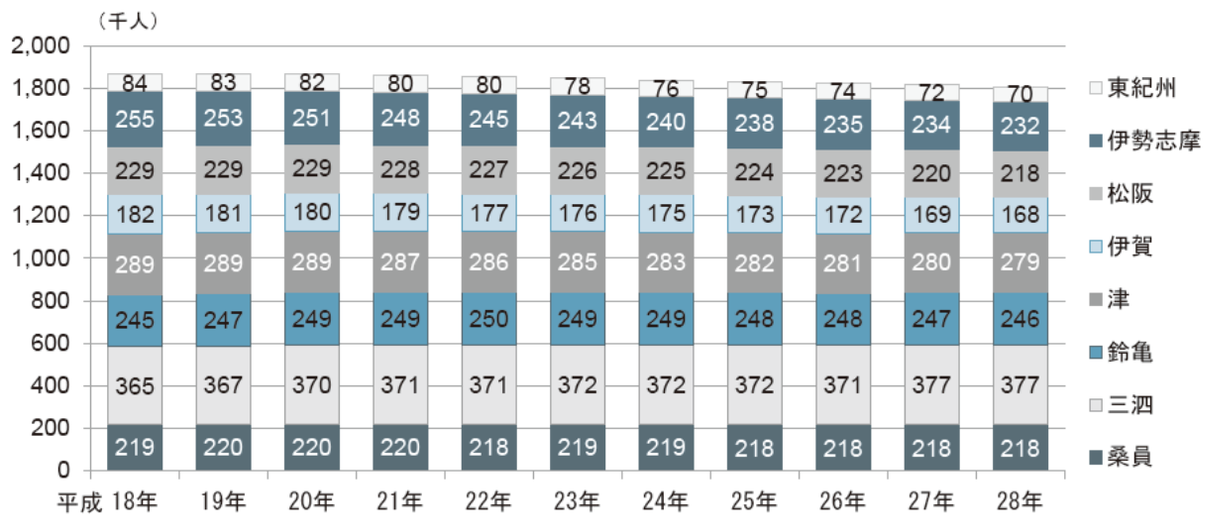
1. 人口

(1) 人口および世帯

① 人口推移

○ 平成 28（2016）年 10 月 1 日現在、本県の人口は 1,807,611 人で、平成 20（2008）年頃まで増加傾向にありましたが、その後緩やかに減少しています。

図表2-2-1 構想区域別人口推移



資料：三重県「月別人口調査」（各年 10 月 1 日現在）

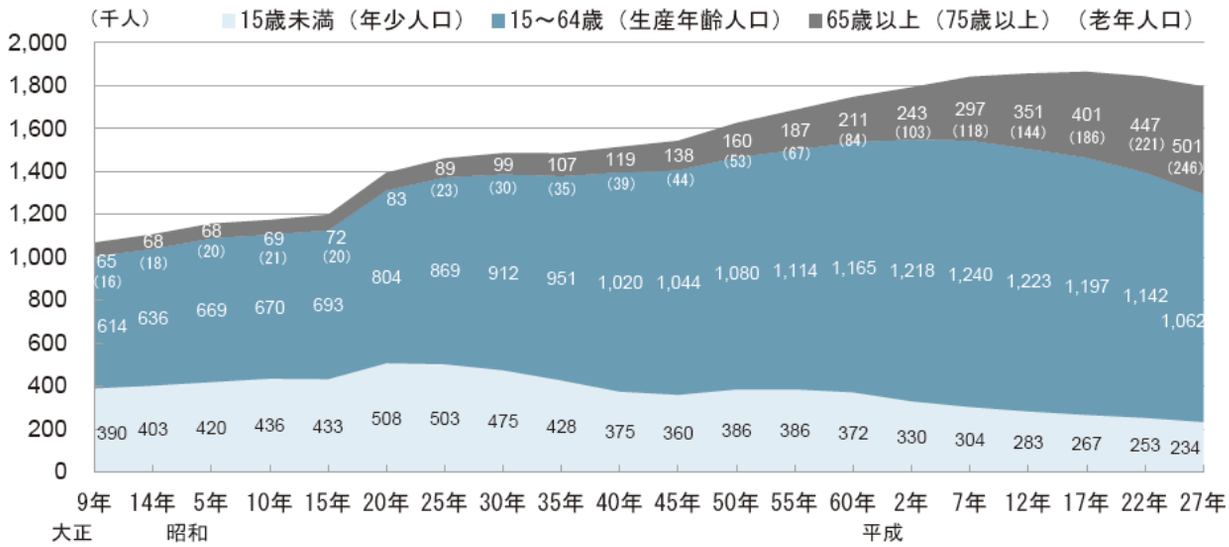
② 年齢３区分別人口

○ 本県の人口を年少（15 歳未満）、生産年齢（15～64 歳）および老年（65 歳以上）の３つの区分に分けて年次別に推移をみると、年少人口の割合は低下傾向にあり、平成 27（2015）年は 13.0%（全国 12.6%）と、統計上確認できる大正９（1920）年以降で最も低くなっています。老年人口の割合は、平成 27（2015）年に 27.9%（全国 26.6%）となっており、大正９（1920）年以降で最も高くなっています。

○ 近年、老年人口の中でも 75 歳以上の後期高齢者の人口が増加しています。

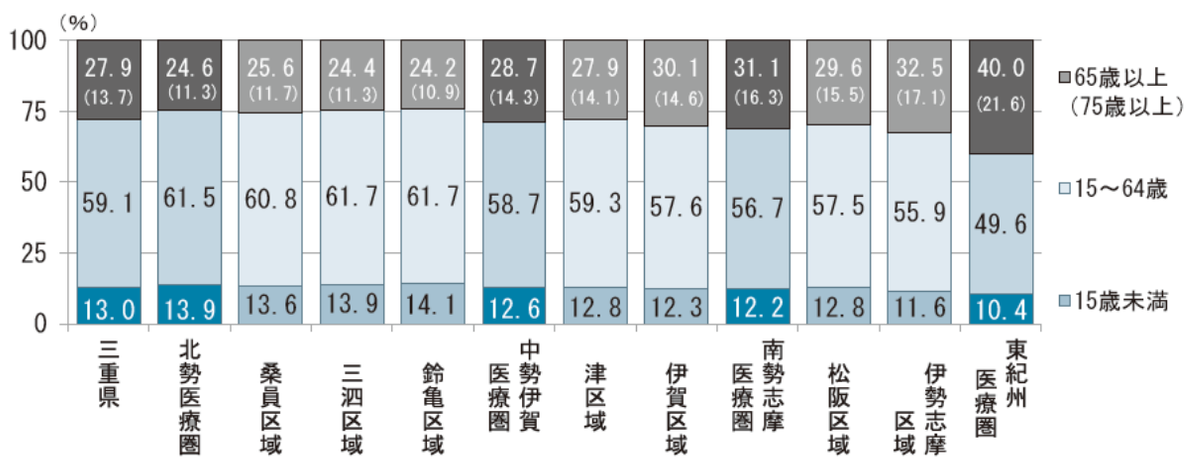
○ 構想区域・二次医療圏別に見ると、年少人口の割合は、鈴亀区域 14.1%、三泗区域 13.9%、桑員区域 13.6%と北勢医療圏が高く、一方、東紀州区域 10.4%、伊勢志摩区域 11.6%と県南部で低くなっています。生産年齢人口の割合についても、ほぼ同様の傾向が見られます。一方、老年人口の割合は、東紀州区域が 40.0%と最も高く、最も低い鈴亀区域の 24.2%より 15.8 ポイントも高くなっています。

図表2-2-2　年齢3区分別人口の推移



資料：総務省「国勢調査」、三重県「三重県統計書」（各年 10 月 1 日現在）

図表2-2-3　二次医療圏・構想区域別年齢3区分別人口構成比



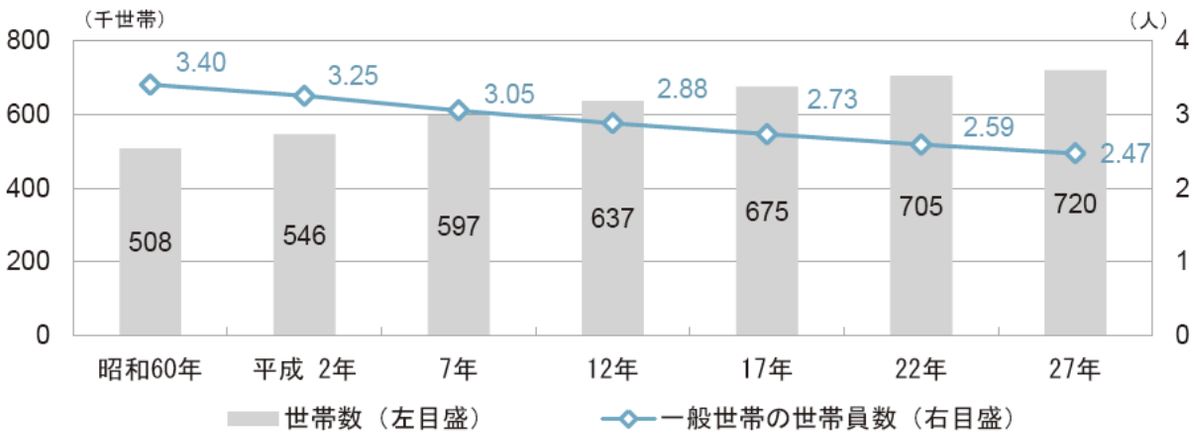
資料：総務省「国勢調査」（平成 27 年 10 月 1 日現在）

③ 世帯

○ 平成 27（2015）年 10 月 1 日現在、本県の世帯数は 720,292 世帯で、平成 22（2010）年と比較すると、15,685 世帯（2.2%）増加しています。また、世帯の種類は「一般世帯」と「施設等の世帯」に区分されていますが、一般世帯の 1 世帯あたりの人数は 2.47 人（全国 2.33 人）で、平成 22（2010）年に比べ 0.12 人減少しています。

○ 平成 27（2015）年 10 月 1 日現在、一般世帯のうち、世帯人員が 1 人（単独世帯）で 65 歳以上の世帯は 77,544 世帯で、平成 22（2010）年に比べ 14,740 世帯（23.5%）増加しています。また、夫婦とも 65 歳以上の夫婦のみの世帯は 82,323 世帯で、平成 22（2010）年に比べ 14,134 世帯（20.7%）増加しています[2]。

図表2-2-4 世帯数および世帯員数の推移



資料：総務省「国勢調査」

図表2-2-5 二次医療圏・構想区域別世帯数

（単位：世帯）

二次医療圏・構想区域	世帯数	構成比
三重県	720,292	100.0%
北勢医療圏	332,161	46.1%
桑員区域	81,884	11.4%
三泗区域	152,607	21.2%
鈴亀区域	97,670	13.6%
中勢伊賀医療圏	178,925	24.8%
津区域	114,679	15.9%
伊賀区域	64,246	8.9%
南勢志摩医療圏	176,317	24.5%
松阪区域	84,274	11.7%
伊勢志摩区域	92,043	12.8%
東紀州医療圏（区域）	32,889	4.6%

資料：総務省「国勢調査」（平成 27 年 10 月 1 日現在）

[2] 出典：総務省「国勢調査」

(2) 人口動態

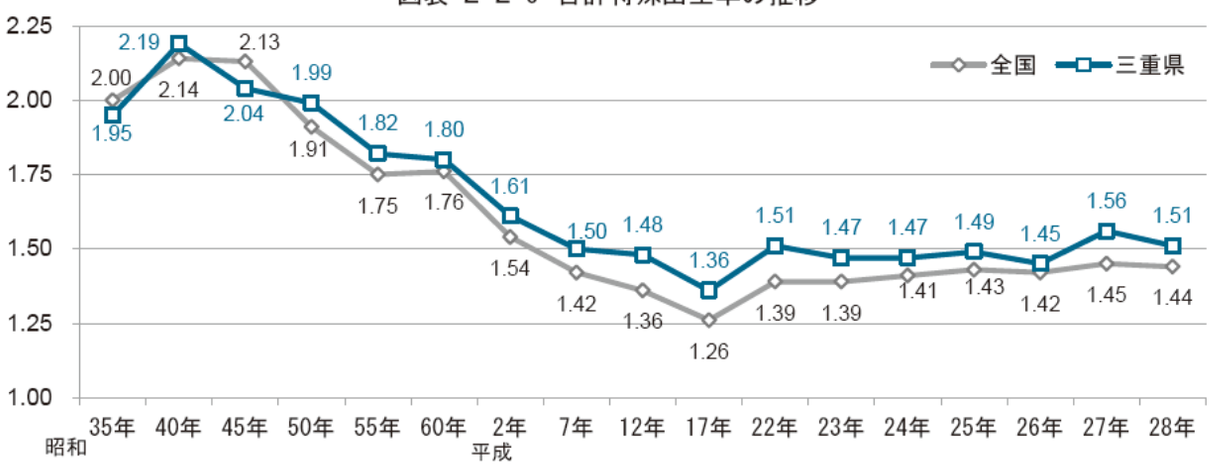
① 出生

○ 本県の平成 28（2016）年の出生数は 13,202 人でした。昭和 59（1984）年までの２万人以上、平成 23（2011）年までの１万５千人以上に比べて徐々に減少しています。

○ また、平成 28（2016）年の合計特殊出生率 *は 1.51 で、全国平均の 1.44 を 0.07 上回り、全国で 23 位に位置します。ただし、現在の人口を維持するのに必要な 2.07 を大きく下回っています。

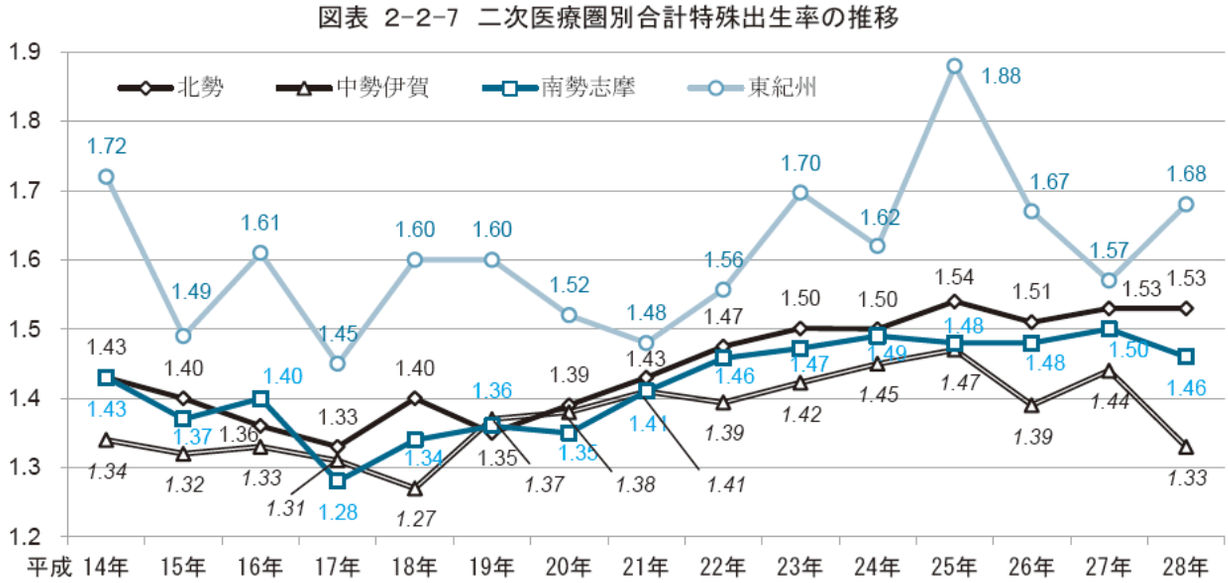
○ 合計特殊出生率を二次医療圏別にみると、東紀州医療圏が高く、中勢伊賀医療圏が低い傾向にあります。

図表 2-2-6 合計特殊出生率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-7 二次医療圏別合計特殊出生率の推移



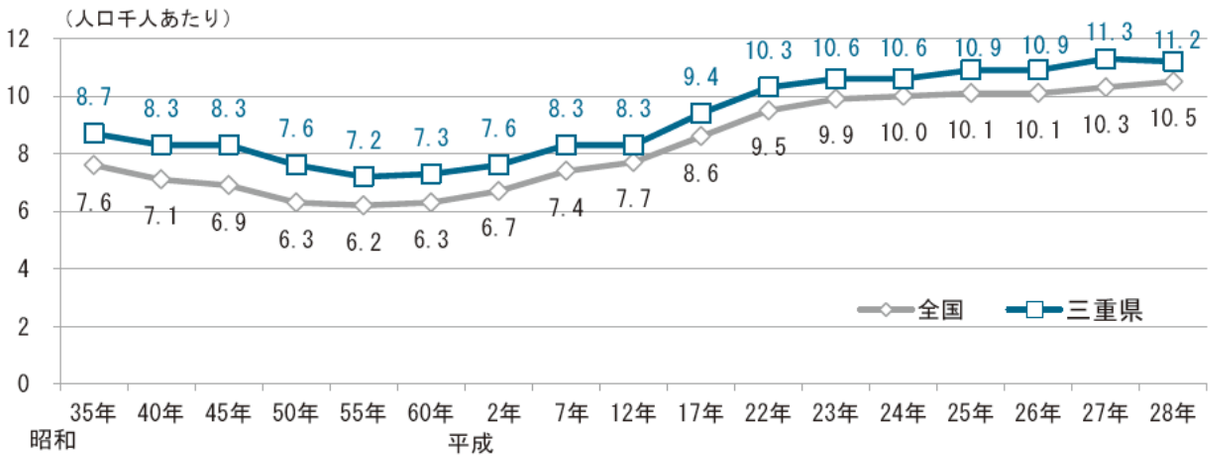
資料：三重県「三重県の人口動態」

② 死亡

○ 本県の平成 28 (2016) 年の死亡者数は 19,830 人で、人口千人あたりの死亡率は 11.2 です。死亡率は全国平均の 10.5 よりも高く、全国で高い方から数えて 29 位に位置します。人口の高齢化等に伴い、死亡率は上昇傾向にあります。

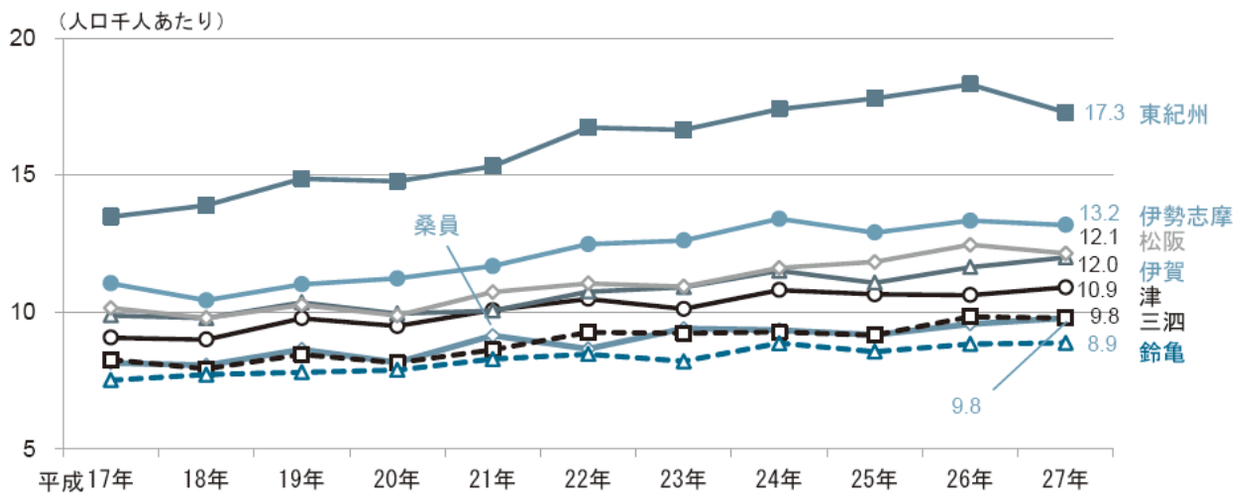
○ 構想区域別の平成 27 (2015) 年の人口千人あたりの死亡率は、高齢化率が最も高い東紀州区域が 17.3 と最も高く、高齢化率が最も低い鈴亀区域が 8.9 と最も低くなっています。

図表 2-2-8 死亡率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-9 構想区域別死亡率の推移



※各年 10 月 1 日～翌年 9 月 30 日の 1 年間の死亡者数を各年 10 月 1 日推計人口で除して算出

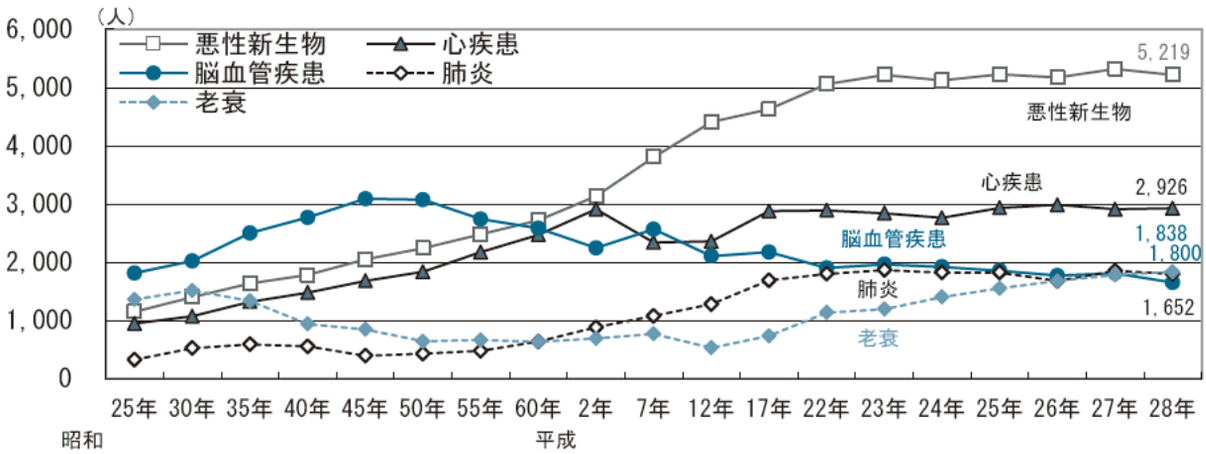
資料：三重県「市町累年統計表」「月別人口調査」

○ 本県の平成 28（2016）年の死因順位は、第１位「悪性新生物」5,219 人（死亡総数に占める割合 26.3%）、第２位「心疾患 [3]」2,926 人（同 14.8%）、第３位「老衰」1,838 人（同 9.3%）、第４位「肺炎」1,800 人（同 9.1%）、第５位「脳血管疾患」1,652 人（同 8.3%）で、悪性新生物・心疾患・脳血管疾患の３疾患が総数に占める割合は 49.4%でした。

○ 平成 28（2016）年の人口 10 万人あたりの死亡率で比較すると、悪性新生物は 288.7（全国平均 298.3）、心疾患は 161.9（同 158.4）、肺炎は 99.6（同 95.4）、脳血管疾患は 91.4（同 87.4）で、悪性新生物を除いて全国平均を上回っています。

○ 二次医療圏・構想区域別では、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、肺炎、老衰とも、東紀州医療圏（区域）の死亡率が最も高くなっています。

図表 2-2-10 三重県の年次別に見た主要死因別死亡数の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-11 二次医療圏・構想区域別主な死因別死亡率（10 万人あたり）

二次医療圏・構想区域	総数	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	肺炎	老衰
三重県	1,097.0	288.7	91.4	161.9	99.6	101.7
北勢医療圏	944.0	262.1	75.9	139.5	88.3	77.7
桑員区域	971.7	278.8	69.3	135.5	92.3	84.5
三泗区域	949.6	267.2	73.6	146.9	82.9	83.4
鈴亀区域	910.9	239.8	85.2	131.9	92.9	62.9
中勢伊賀医療圏	1,098.6	287.3	90.0	160.3	101.6	109.7
津区域	1,022.3	255.9	89.7	148.6	98.7	85.4
伊賀区域	1,225.2	339.3	90.5	179.8	106.6	150.0
南勢志摩医療圏	1,282.9	319.4	112.5	189.8	113.6	127.4
松阪区域	1,204.3	295.9	102.6	169.0	118.2	109.5
伊勢志摩区域	1,356.9	341.5	121.7	209.4	109.2	144.2
東紀州医療圏（区域）	1,727.8	419.9	150.9	260.5	132.4	173.6

資料：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」、三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

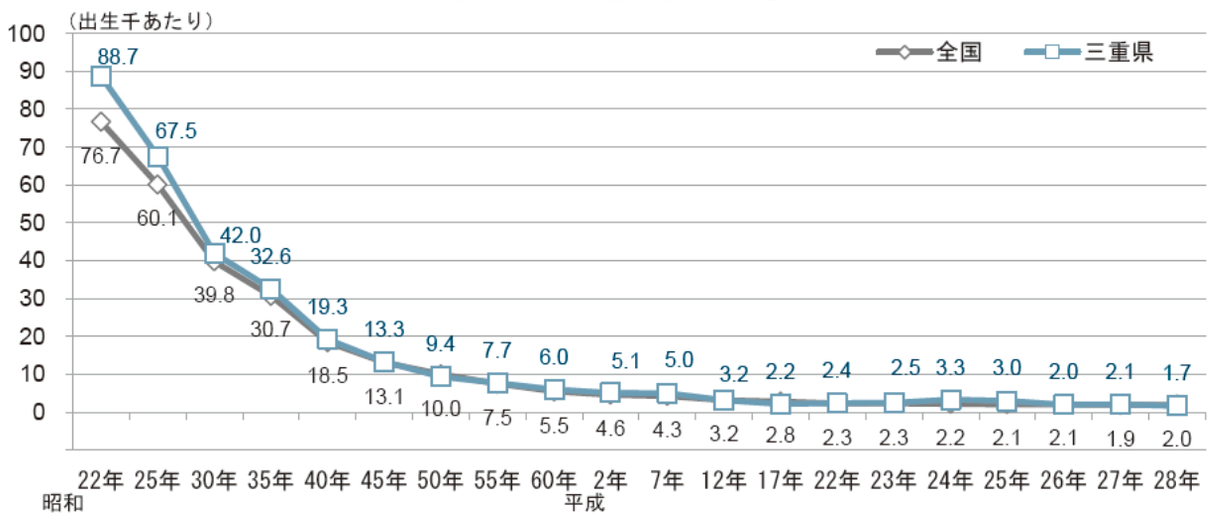
[3] 高血圧性のものを除きます。

③ 乳児死亡

○ 本県の平成 28 (2016) 年の乳児 *死亡数は 22 人で、出生千あたりの乳児死亡率は 1.7 です。乳児死亡率は全国平均の 2.0 を下回り、全国で 37 位に位置します。近年は、減少傾向にあります。

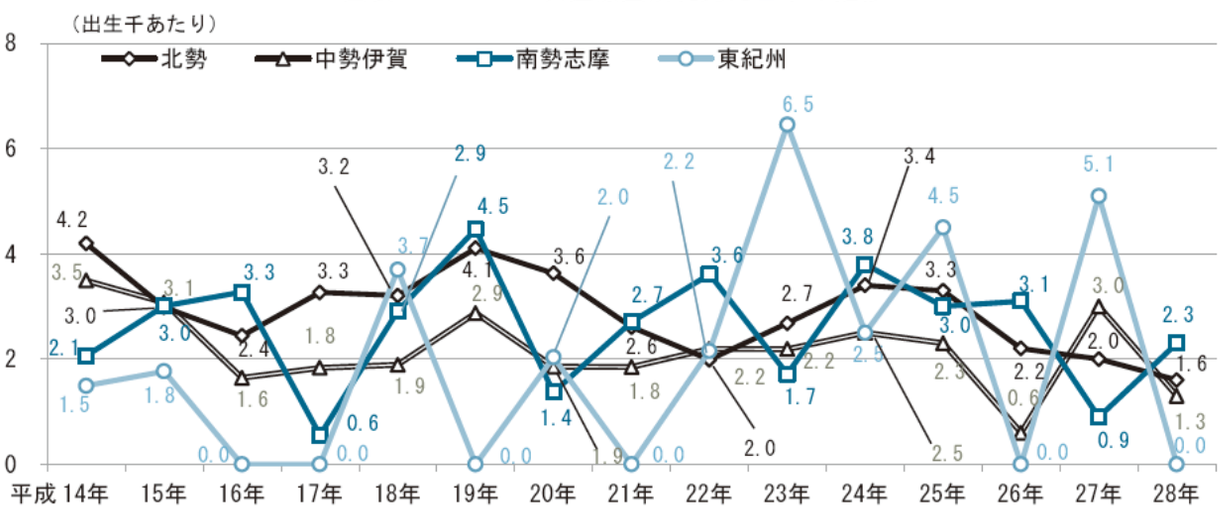
○ 乳児死亡数は多くないため、二次医療圏別にみると出生数が少ない医療圏ほど年度によって乳児死亡率が上下していますが、比較的出生数の多い北勢医療圏の乳児死亡率は近年、2.0～4.0 で推移していましたが、平成 28 (2016) 年は 1.6 でした。

図表 2-2-12 乳児死亡率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-13 二次医療圏別乳児死亡率の推移



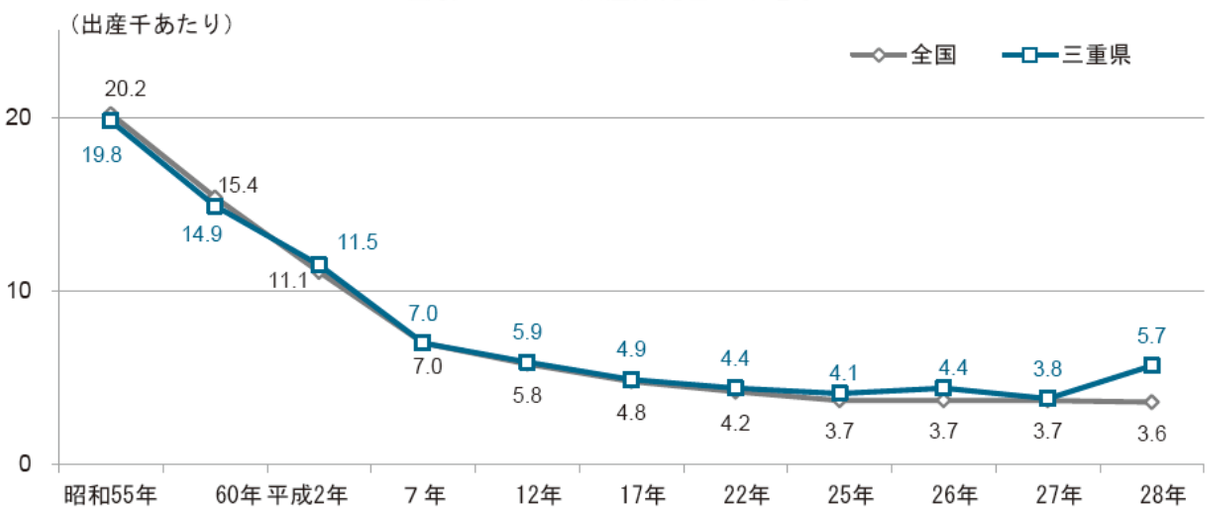
資料：三重県「三重県の人口動態」

④ 周産期死亡

○ 周産期死亡は、妊娠満 22 週以降の死産と生後 1 週未満の早期新生児死亡を合わせたもので、母体の健康状態に大きく影響されます。本県の平成 28（2016）年の周産期死亡数は 75 人で、出産千あたりの周産期死亡率は 5.7 となっており、全国最下位という状況です。

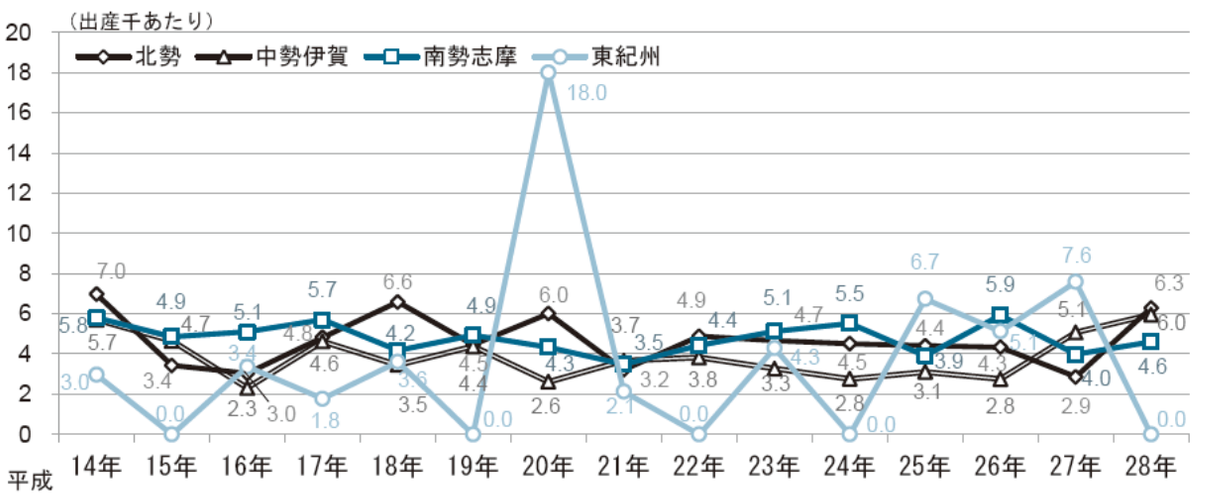
○ 二次医療圏別では、比較的出生数が多く年度による上下が少ない北勢医療圏の周産期死亡率は、近年おおよそ 3.0～5.0 で推移していましたが、平成 28（2016）年は 6.3 となっています。

図表 2-2-14 周産期死亡率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

図表 2-2-15 二次医療圏別周産期死亡率の推移



資料：三重県「三重県の人口動態」

⑤ 平均寿命

○ 本県の平成 27（2015）年の平均寿命は男性 80.86 年、女性 86.99 年です。昭和 60（1985）年と比較すると 30 年間で男性が 5.99 年、女性が 6.38 年延びています。

図表 2-2-16 平均寿命の推移

（単位：年）

年	男			女		
	全国	三重県	順位	全国	三重県	順位
昭和 40 年	67.74	68.61	7	72.92	73.32	11
昭和 50 年	71.79	71.75	17	77.01	76.84	20
昭和 60 年	74.95	74.87	23	80.75	80.61	31
平成 2 年	76.04	76.03	26	82.07	82.01	30
平成 7 年	76.70	76.76	27	83.22	83.02	36
平成 12 年	77.71	77.90	18	84.62	84.49	34
平成 17 年	78.79	78.90	20	85.75	85.58	34
平成 22 年	79.59	79.68	21	86.35	86.25	30
平成 27 年	80.77	80.86	19	87.01	86.99	27

資料：厚生労働省「都道府県別生命表」

(3) 将来推計人口

① 人口推移

○ 国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、本県の人口は、平成 32（2020）年には 1,773 千人、平成 37（2025）年には 1,715 千人になると推計されており、平成 52（2040）年には 1,508 千人まで減少する見込みです。

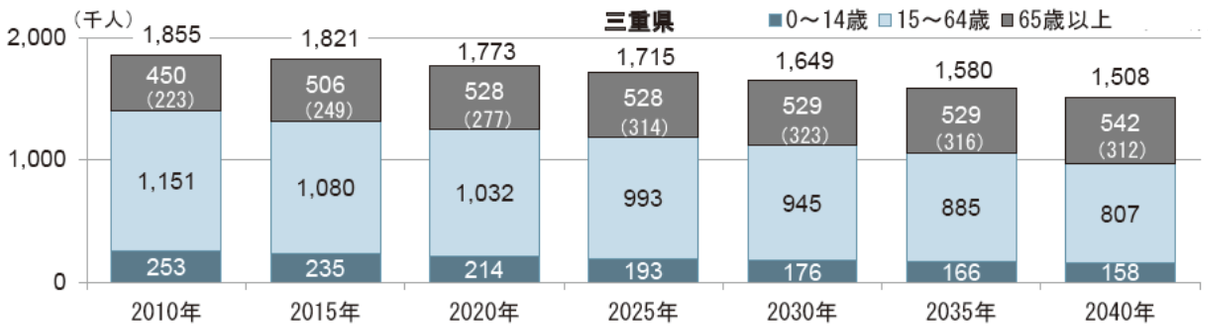
○ 二次医療圏・構想区域別にみると、平成 52（2040）年に向けて、北勢医療圏の減少は比較的なだらかですが、県南部の伊勢志摩区域と東紀州医療圏（区域）の減少は急激です。特に、平成 37（2025）年に向けては、北勢医療圏の減少はあまり進みませんが、県南部は減少が進む見込みです。

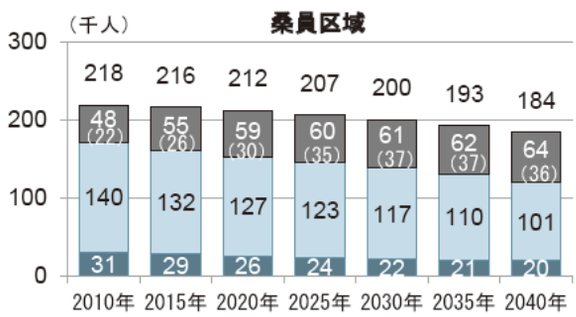
② 年齢３区分別人口

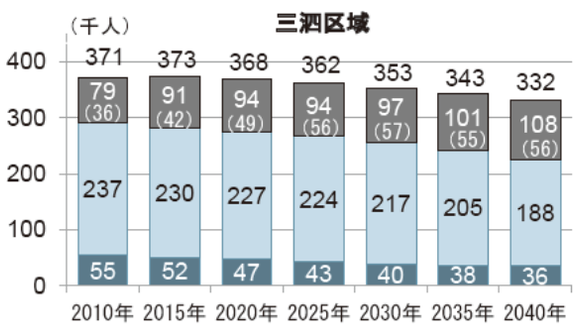
○ 年少人口の割合は低下傾向が続くと予測されており、平成 32（2020）年には 12.1%（全国 11.7%）、平成 52（2040）年には 10.5%（全国 10.0%）に低下すると推計されています。逆に老年人口の割合は、平成 32（2020）年には 29.8%（全国 29.1%）、平成 52（2040）年には 36.0%（全国 36.1%）に上昇すると推計されています。

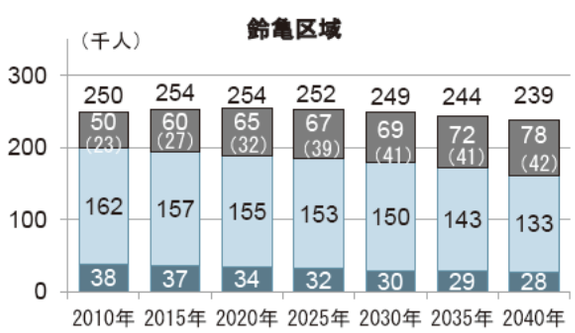
○ 二次医療圏別にみると、平成 52（2040）年の年少人口の割合は、北勢医療圏が 11.1%と最も高く、東紀州医療圏が 8.4%と最も低く、生産年齢人口の割合も同様の傾向と推計されています。一方、老年人口の割合は、東紀州医療圏が 46.9%と最も高く、最も低い北勢医療圏の 33.1%より 13.8 ポイント高くなると推計されています。

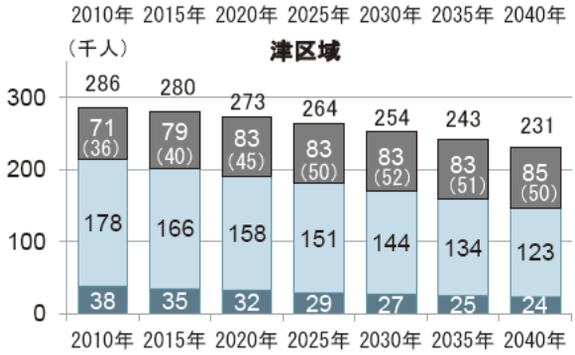
図表 2-2-17 三重県および構想区域の年齢3区分別推計人口の推移

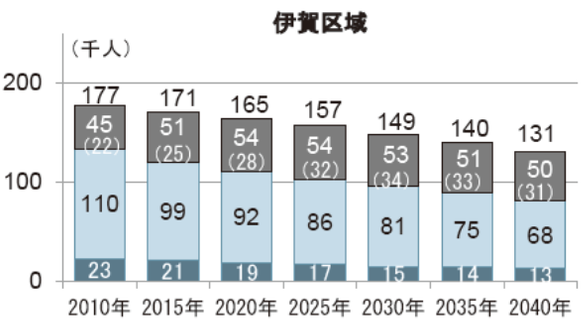


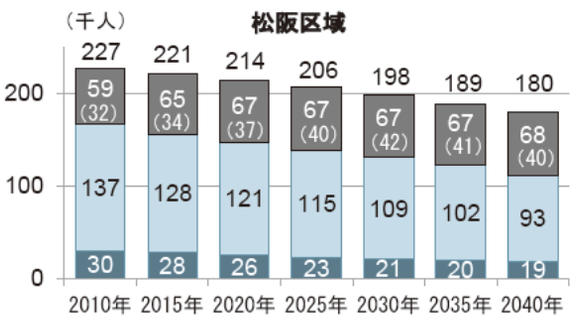


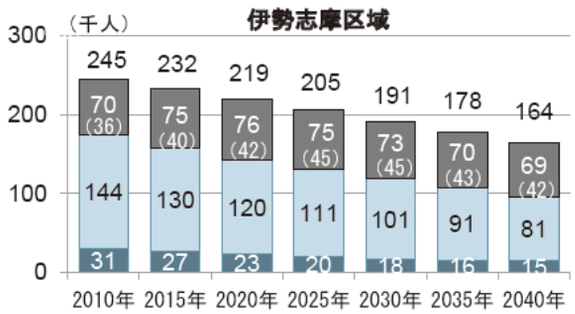


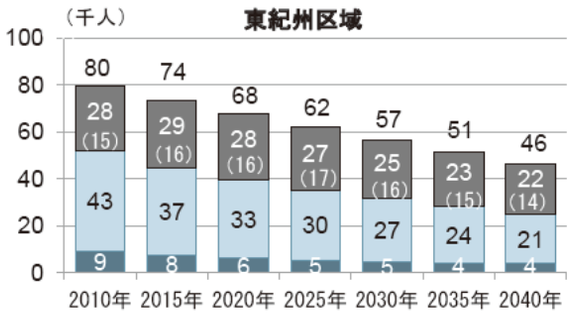












資料：いずれも国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成 25 年 3 月推計）

図表 2-2-18 二次医療圏・構想区域別年齢3区分別人口構成比

二次医療圏・構想区域	平成 32（2020）年			平成 52（2040）年		
	15 歳未満	15～64 歳	65 歳以上	15 歳未満	15～64 歳	65 歳以上
全　国	11.7%	59.2%	29.1%	10.0%	53.9%	36.1%
三重県	12.1%	58.2%	29.8%	10.5%	53.5%	36.0%
北勢医療圏	12.9%	60.9%	26.2%	11.1%	55.8%	33.1%
桑員区域	12.3%	59.7%	28.0%	10.7%	54.5%	34.8%
三泗区域	12.9%	61.6%	25.5%	10.9%	56.6%	32.5%
鈴亀区域	13.6%	60.9%	25.5%	11.7%	55.8%	32.5%
中勢伊賀医療圏	11.6%	57.1%	31.3%	10.1%	52.7%	37.2%
津区域	11.8%	57.9%	30.3%	10.3%	53.0%	36.7%
伊賀区域	11.3%	55.7%	33.0%	9.7%	52.3%	38.0%
南勢志摩医療圏	11.3%	55.5%	33.2%	9.9%	50.5%	39.6%
松阪区域	12.2%	56.4%	31.5%	10.6%	51.7%	37.7%
伊勢志摩区域	10.4%	54.7%	34.9%	9.1%	49.2%	41.7%
東紀州医療圏（区域）	9.4%	48.8%	41.8%	8.4%	44.8%	46.9%

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成 25 年 3 月推計）

注）国立社会保障・人口問題研究所は、全国については平成 27 年国勢調査を反映して平成 29 年に再推計していますが、都道府県・市区町村については平成 22 年国勢調査反映分のみのため、平仄を合わせるために全国値は平成 25 年推計結果を用いています。

第３節｜保健医療施設の状況

1. 保健衛生関係施設

○ 県内の保健衛生関係施設としては、保健所（９か所）、市町保健センター（45 か所）が設置されています。また、県域全体の機関として、保健環境研究所、こころの健康センターが設置されています。

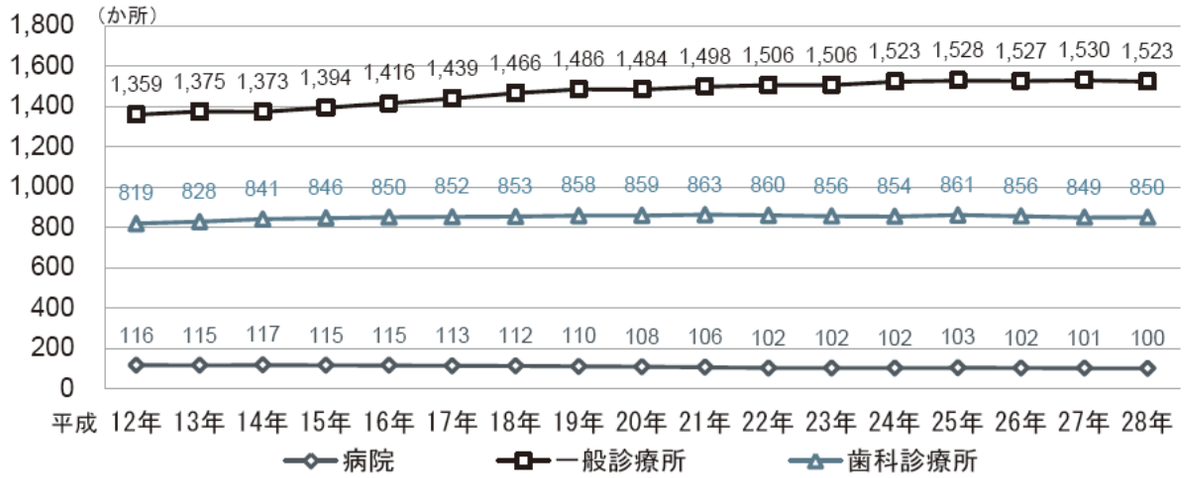
2. 医療施設

(1) 施設数

○ 平成 28（2016）年 10 月 1 日現在、県内の医療機関数は、「病院 *」100 施設、「一般診療所 *」1,523 施設、「歯科診療所 *」850 施設となっています。

○ 一般診療所は緩やかな増加傾向にありますが、病院は平成 14（2002）年をピークに、歯科診療所は平成 21（2009）年をピークに減少傾向にあります。

図表 2-3-1 県内の病院および診療所 *設置数



資料：厚生労働省「医療施設調査」

○ また、本県の人口 10 万人あたりの医療機関数については、一般診療所は全国平均を上回っていますが、その他は全国平均を下回っています。

○ 年次別の人口 10 万人あたりの医療機関数については、病院は減少傾向であるのに対し、一般診療所は増加傾向、歯科診療所はほぼ横ばいの状況です。

図表 2-3-2 人口 10 万人あたりの医療機関数の推移

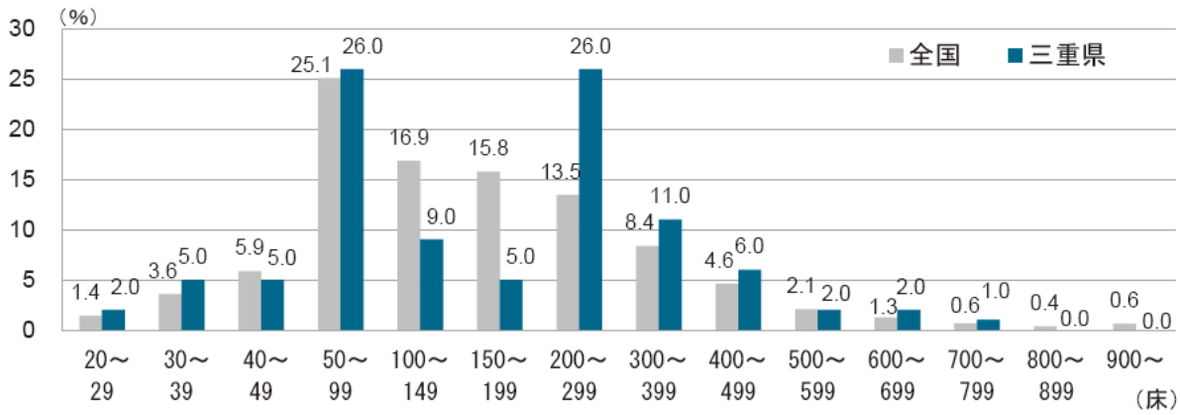
（単位：か所）

年	病院		一般診療所		歯科診療所	
	全　国	三重県	全　国	三重県	全　国	三重県
平成 14 年	7.2	6.3	74.4	73.8	51.1	45.2
17 年	7.1	6.1	76.3	77.1	52.2	45.6
20 年	6.9	5.8	77.6	79.1	53.1	45.8
23 年	6.7	5.5	77.9	81.5	53.3	46.3
26 年	6.7	5.6	79.1	83.7	54.0	46.9
27 年	6.7	5.6	79.5	84.3	54.1	46.8
28 年	6.7	5.5	80.0	84.2	54.3	47.0

資料：厚生労働省「医療施設調査」

○ 本県における病床規模別の病院数については、50～99 床、200～399 床の病院の割合が高く、100 床台の病院が少ないという特徴があります。

図表 2-3-3 病院の病床規模別割合



資料：厚生労働省「平成 28 年 医療施設調査」

(2) 病床数および利用状況

① 病床数

○ 平成 28（2016）年 10 月 1 日現在、本県の病床数は 21,509 床であり、病院が 20,293 床、一般診療所が 1,216 床となっています。また、その内訳は、病院の一般病床 *が 11,374 床、療養病床 *が 4,136 床、精神病床 *が 4,729 床、結核病床 *が 30 床、感染症病床 *が 24 床、一般診療所の一般病床が 1,019 床、療養病床が 197 床となっています。

○ 人口 10 万人あたりの病院の病床数は、全ての種類の病床で全国平均を下回っています。

図表 2-3-4 県内の病床の種類別病床数

（単位：床）

	総　数	一　般	療　養	精　神	結　核	感染症
病院	20,293	11,374	4,136	4,729	30	24
一般診療所	1,216	1,019	197	—	—	—
歯科診療所	0	0	—	—	—	—

資料：厚生労働省「平成 28 年 医療施設調査」

図表 2-3-5 病院の人口 10 万人あたり病床数

（単位：床）

	一　般	療　養	精　神	結　核	感染症
全　国	702.3	258.5	263.3	4.2	1.5
三重県	629.1	228.8	261.6	1.7	1.3

資料：厚生労働省「平成 28 年 医療施設調査」

② 病床利用率[4]・平均在院日数

○ 本県の平成 28（2016）年の病院の病床利用率は、全病床では 79.2%で、全体的に低下傾向にあります。

○ 本県の平成 28（2016）年の病院の平均在院日数は、全病床では 28.8 日で、全体的に短縮傾向にあります。

図表 2-3-6 県内の病院の病床利用率および平均在院日数の推移

			病床利用率（%）				平均在院日数（日）			
			平成17年	平成22年	平成27年	平成28年	平成17年	平成22年	平成27年	平成28年
総数			86.1	81.9	79.2	79.2	35.7	33.2	29.7	28.8
一般病院	総数		84.6	79.7	78.0	77.8	29.3	27.1	24.5	23.7
	療養病床および一般病床のみの病院		84.5	79.9	76.5	76.4	34.5	31.1	27.9	27.2
	その他の一般病院	総数	84.8	79.2	81.3	80.8	22.9	21.2	19.6	18.8
		精神病床	91.0	96.4	94.3	93.3	258.8	356.0	328.2	322.1
		感染症病床	0.3	3.3	2.3	1.3	10.5	8.8	7.3	4.1
		結核病床	52.9	31.2	43.7	35.6	80.7	41.5	74.8	65.6
		療養病床	91.3	89.3	87.5	88.6	83.9	348.7	281.7	229.6
		一般病床	83.6	74.8	77.9	77.5	16.9	14.9	14.0	13.5
		介護療養病床	－	80.8	41.2	－	－	145.1	58.5	－
精神科病院			93.0	92.3	84.8	85.7	339.5	311.4	298.0	306.8

資料：厚生労働省「病院報告」

○ 本県の病院の病床利用率は、全病床では全国平均をやや下回っていますが、精神病床と結核病床は全国平均をやや上回っています。また、平均在院日数については、精神病床と介護療養病床は全国平均をかなり上回っています。

図表 2-3-7 病院の病床利用率

（単位：%）

	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	介護療養病床
全　国	80.1	86.2	3.2	34.5	88.2	75.2	91.4
三重県	79.2	87.5	1.3	35.6	85.9	73.6	91.5

資料：厚生労働省「平成 28 年 病院報告」

図表 2-3-8 病院の平均在院日数

（単位：日）

	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	介護療養病床
全　国	28.5	269.9	7.8	66.3	152.2	16.2	314.9
三重県	28.8	310.5	4.1	65.6	135.5	15.9	378.7

資料：厚生労働省「平成 28 年 病院報告」

[4] {年間在院患者延べ数／（月間日数×月末病床数）の 1 月～12 月の合計}×100

③ 診療科

○ 平成 26（2014）年 10 月現在、診療科別の病院数は、「内科」が 97 施設（95.1%）で最も多く、次いで「整形外科」66 施設（64.7%）、「外科」62 施設（60.8%）です。

○ また、一般診療所では、「内科」が 1,029 施設（67.4%）で最も多く、次いで「消化器内科（胃腸内科）」344 施設（22.5%）、「小児科」293 施設（19.2%）です。

図表 2-3-9 診療科目別に見た施設数

（単位：か所）

	病院		一般診療所	
	施設数	割合	施設数	割合
総数	102	100.0%	1,527	100.0%
内科	97	95.1%	1,029	67.4%
呼吸器内科	26	25.5%	160	10.5%
循環器内科	44	43.1%	226	14.8%
消化器内科（胃腸内科）	42	41.2%	344	22.5%
腎臓内科	9	8.8%	18	1.2%
神経内科	38	37.3%	52	3.4%
糖尿病内科（代謝内科）	6	5.9%	40	2.6%
血液内科	6	5.9%	8	0.5%
皮膚科	40	39.2%	160	10.5%
アレルギー科	2	2.0%	162	10.6%
リウマチ科	14	13.7%	83	5.4%
感染症内科	1	1.0%	3	0.2%
小児科	41	40.2%	293	19.2%
精神科	37	36.3%	67	4.4%
心療内科	9	8.8%	54	3.5%
外科	62	60.8%	244	16.0%
呼吸器外科	11	10.8%	4	0.3%
心臓血管外科	14	13.7%	5	0.3%
乳腺外科	5	4.9%	8	0.5%
気管食道外科	1	1.0%	14	0.9%
消化器外科（胃腸外科）	14	13.7%	12	0.8%
泌尿器科	36	35.3%	39	2.6%
肛門外科	18	17.6%	62	4.1%
脳神経外科	36	35.3%	14	0.9%
整形外科	66	64.7%	197	12.9%
形成外科	11	10.8%	13	0.9%
美容外科	0	0.0%	7	0.5%
眼科	33	32.4%	115	7.5%
耳鼻いんこう科	28	27.5%	83	5.4%
小児外科	2	2.0%	7	0.5%
産婦人科	20	19.6%	48	3.1%
産科	2	2.0%	3	0.2%
婦人科	12	11.8%	14	0.9%
リハビリテーション*科	59	57.8%	257	16.8%
放射線科	38	37.3%	36	2.4%
麻酔科	32	31.4%	22	1.4%
病理診断科	9	8.8%	0	0.0%
臨床検査科	2	2.0%	0	0.0%
救急科	2	2.0%	0	0.0%
歯科	16	15.7%	19	1.2%
矯正歯科	1	1.0%	2	0.1%
小児歯科	1	1.0%	3	0.2%
歯科口腔外科	13	12.7%	4	0.3%

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」

(3) 病院における検査機器の設置状況

○ 平成 26（2014）年の病院における検査機器の設置状況については、放射線を用いて臓器を撮影するＣＴ*のうち、立体的な画像が得られるマルチスライスＣＴ*を保有する病院数は 66 施設、脳梗塞等の検査に用いるＭＲＩ*を保有する病院数は 47 施設（うち、高機能の 3.0 テスラ*以上９施設）、がんの検査に用いるＰＥＴ*（陽電子放出断層撮影）を保有する病院数は１施設です。

図表 2-3-10 病院における検査機器の設置・稼動状況

（単位：か所、人/月、台）

	保有施設数	患者数	台数
マルチスライスＣＴ	66	33,812	86
ＭＲＩ（3.0テスラ以上）	9	2,642	11
ＭＲＩ（1.5テスラ以上3.0テスラ未満）	38	9,332	42
ＳＰＥＣＴ*	15	374	20
ＰＥＴ	1	43	1
ＰＥＴ－ＣＴ*	4	350	6

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」

3. 医療施設の禁煙対策

○ 喫煙は、がんをはじめとするあらゆる疾病の危険因子であり、喫煙者のみならず周辺の人も受動喫煙*により健康被害を受けます。

○ このため、禁煙外来を設置する医療機関、敷地内を禁煙とする医療機関が増えていますが、本県において禁煙外来を行う病院数は人口あたりで全国平均の半数程度であり、また敷地内禁煙を行っている医療機関の割合も全国平均を下回っています。

図表 2-3-11 禁煙外来を行っている医療機関数

（単位：か所）

二次医療圏・構想区域	病院数	人口 10 万人あたり病院数	一般診療所数	人口 10 万人あたり診療所数
全　国	2,410	1.9	12,692	10.0
三重県	20	1.1	216	11.9
北勢医療圏	7	0.8	81	9.7
桑員区域	4	1.8	14	6.4
三泗区域	1	0.3	38	10.2
鈴亀区域	2	0.8	29	11.7
中勢伊賀医療圏	6	1.3	52	11.5
津区域	6	2.1	35	12.5
伊賀区域	0	0	17	9.9
南勢志摩医療圏	7	1.5	72	15.7
松阪区域	4	1.8	37	16.6
伊勢志摩区域	3	1.3	35	14.9
東紀州医療圏（区域）	0	0	11	15.0

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査（個票解析）」、総務省「人口推計」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月 1 日現在）

図表 2-3-12 敷地内禁煙を行っている医療機関数

（単位：か所）

二次医療圏・構想区域	病院		一般診療所	
	実数	全病院に占める割合	実数	全診療所に占める割合
全　国	4,351	51.2	30,614	30.5
三重県	34	33.3	434	28.4
北勢医療圏	12	27.3	170	27.3
桑員区域	8	47.1	38	27.9
三泗区域	1	6.3	79	26.6
鈴亀区域	3	27.3	53	28.0
中勢伊賀医療圏	10	33.3	108	26.0
津区域	9	37.5	77	28.0
伊賀区域	1	16.7	31	22.1
南勢志摩医療圏	11	47.8	134	32.6
松阪区域	5	35.7	66	34.7
伊勢志摩区域	6	66.7	68	30.8
東紀州医療圏（区域）	1	20.0	22	27.8

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査（個票解析）」

4. その他の保健医療関係施設

○ その他の保健医療関係施設として、「介護老人保健施設」が 77 施設、「訪問看護ステーション」が 159 施設あります。

○ 介護関係施設については、「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」が 154 施設、「通所介護施設（デイサービス）」が地域密着型も含め 884 施設あります。

○ 二次医療圏・構想区域別の各種施設の整備状況は次のとおりです。

図表 2-3-13 二次医療圏・構想区域別の施設数

	二次医療圏 / 構想区域	三重県	北勢医療圏				中勢伊賀医療圏			南勢志摩医療圏			東紀州医療圏（区域）
				桑員	三泗	鈴亀		津	伊賀		松阪	伊勢志摩	
居宅介護支援	居宅介護支援事業所	687	255	66	103	86	181	129	52	198	99	99	53
居宅サービス	訪問看護	159	79	24	35	20	33	18	15	40	16	24	7
	訪問介護	574	191	45	80	66	139	97	42	200	106	94	44
	訪問入浴介護	29	9		6	3	8	5	3	7	2	5	5
	訪問リハビリテーション	19	2			2	7	7		8	8		2
	居宅療養管理指導	31	12	2	6	4	8	7	1	10	1	9	1
	通所介護（デイサービス）	465	194	49	76	69	106	65	41	143	76	67	22
	通所リハビリテーション（デイケア）	124	48	13	25	10	36	26	10	34	20	14	6
	短期入所生活介護	213	66	14	32	20	56	34	22	72	35	37	19
	短期入所療養介護	87	34	14	13	7	23	15	8	25	14	11	5
	特定施設入居者生活介護	58	14	5	4	5	19	11	8	22	9	13	3
	福祉用具貸与	150	43	12	19	12	42	31	11	55	28	27	10
	特定福祉用具販売	146	44	11	21	12	39	29	10	51	26	25	12
施設サービス（介護保険施設）	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	154	49	9	24	16	45	25	20	50	22	28	10
	介護療養型医療施設	12	5	3	1	1	4	3	1	2	2		1
	介護老人保健施設	77	30	11	13	6	20	13	7	23	12	11	4
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	8	5	1	4		2	2		1		1	
	夜間対応型訪問介護	3					1	1		2		2	
	地域密着型通所介護（デイサービス）	419	174	73	58	43	104	69	35	108	41	67	33
	認知症対応型通所介護	62	31	11	16	4	16	11	5	12	4	8	3
	小規模多機能型居宅介護	60	16	9	3	4	19	8	11	22	5	17	3
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム*）	195	77	22	25	30	54	30	24	49	24	25	15
	地域密着型特定施設入居者生活介護	4	3	2		1				1		1	
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	42	18	6	10	2	6	3	3	14	9	5	4
	複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）	5	5	2	2	1							

資料：三重県「介護保険事業者・関係施設一覧」（平成 30 年 1 月 1 日現在）

第４節｜県民の受療動向

1. 受療状況

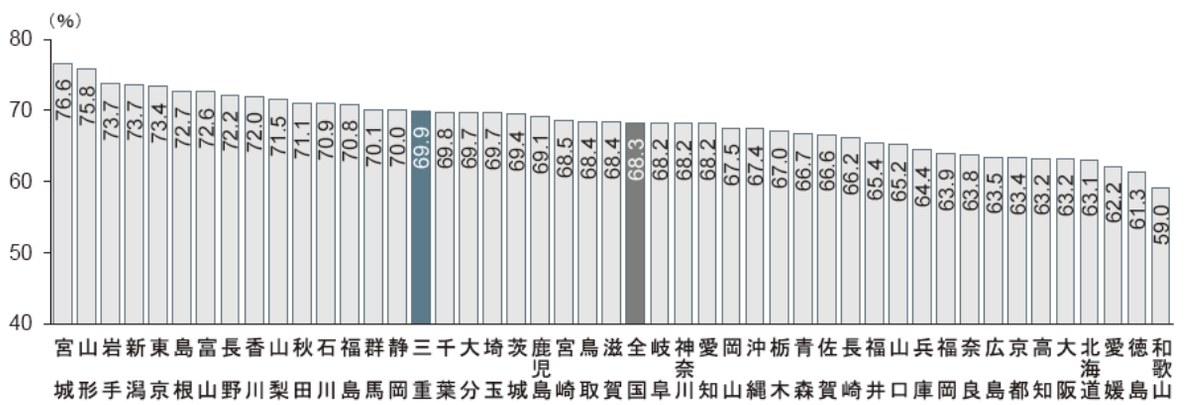
(1) 疾病予防

○ 健康を維持し、各種疾病の発生を抑制するためには、規則正しい生活リズムを保ち、適度な運動とバランスのとれた食生活等が大切です。逆に、肥満や喫煙、過度の飲酒は疾病の発症リスクを高めます。

○ 各種疾病の重症化予防のためには、健康診断を定期的に受診し、疾病を早期に発見することが重要です。本県の平成 28（2016）年の健診等の受診率（20 歳以上）は 69.9%で、全国と比較して高い水準にあります。また、40 歳～74 歳が受診する特定健康診査の受診率は、平成 27（2015）年に 53.0%で、全国平均より高い水準ですが、受診していない人が半数近くいることになります。

○ 本県における喫煙率は、男性 29.6%（全国 31.1%）、女性 6.9%（全国 9.5%）となっています。

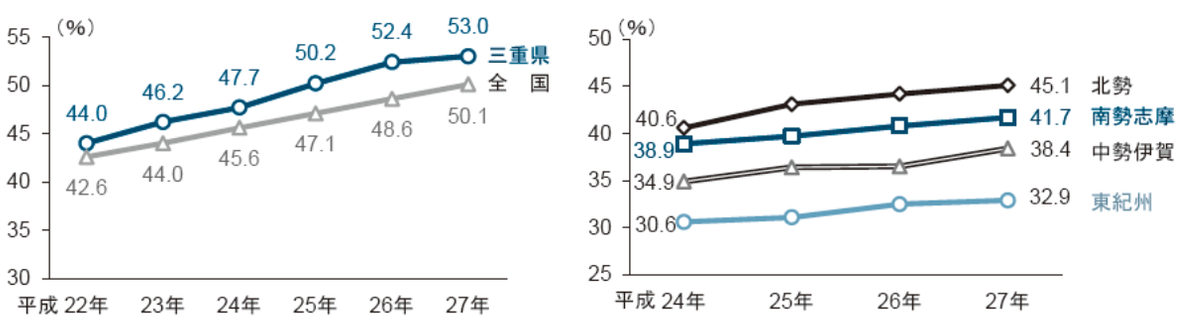
図表 2-4-1 都道府県別健診等の受診率



※熊本県は調査を実施していません。

資料：厚生労働省「平成28年 国民生活基礎調査」

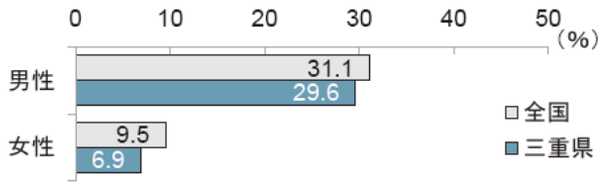
図表 2-4-2 特定健康診査の受診率の推移



※二次医療圏別のデータは国民健康保険被保険者のみ

資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」、
三重県保険者協議会「特定健康診査・特定保健指導に関する実施状況等アンケート調査報告書」

図表 2-4-3 性別喫煙率



資料:厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」

(2) 病院における患者の流出・流入状況

① 病院の療養病床および一般病床の流出・流入患者数

○ 「平成 26 年 患者調査（個票解析）」による病院の入院患者（療養病床および一般病床）の状況を二次医療圏別にみると、北勢医療圏では、１日あたりの入院患者数は 5.0 千人と推計され、うち 15%が県外を含む当該医療圏外の医療機関に入院しています。当該医療圏外の医療機関で治療を受けた割合（流出率 *）は、県平均では 16%ですが、東紀州医療圏では３割を超える高い割合を示しています。

○ 東紀州医療圏を除く二次医療圏では入院患者の８割以上がその医療圏内で入院医療を受けており、各医療圏において特殊な医療を除く一般的な医療サービスがおおむね完結しているといえます。

○ 一方、東紀州医療圏では医療圏内で入院医療を受けた割合（完結率）が約７割と他の二次医療圏に比べて低く、圏外への流出率が高くなっています。

図表 2-4-4 二次医療圏別 病院の療養病床および一般病床の入院患者の流出・流入状況

（単位：千人/日）

医療機関所在地 / 患者住所地	総数	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	県外	流出率
総数	13.3	4.7	3.5	3.5	0.7	1.0	16%
北勢医療圏	5.0	4.3	0.3	0.0		0.5	15%
中勢伊賀医療圏	3.3	0.2	2.7	0.2	0.0	0.3	18%
南勢志摩医療圏	3.6	0.1	0.3	3.2	0.0	0.1	12%
東紀州医療圏	1.0	0.0	0.0	0.1	0.7	0.1	32%
県外	0.3	0.2	0.1	0.0	0.0	—	—
流入率 *	12%	9%	21%	8%	7%	—	—

※流出入数はサンプル抽出の千人単位のため、流出率・流入率には数パーセント（母数が小さい場合は十数パーセント）の誤差が生じている可能性があります。
※空欄はデータがありません。
※現住所不明患者を除きます。
※療養病床は医療保険、介護保険対象者双方を含みます。
※総数欄の流出率・流入率は県平均値です。

資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査 病院入院（奇数）票（個票解析）」（以下同）

○ 構想区域別にみると、区域外への流出率が高いのは、伊賀区域の 44%、鈴亀区域の 43%等であり、逆に流出率が低いのは津区域の 14%、三泗区域の 17%等です。
○ 構想区域外からの流入率が高いのは、鈴亀区域の 37%、津区域の 32%等です。

図表 2-4-5 構想区域別 病院の療養病床および一般病床の入院患者の流出・流入状況

（単位：千人/日）

医療機関所在地 / 患者住所地	総数	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	県外	流出率
総数	13.3	1.2	2.4	1.0	2.8	0.7	1.9	1.6	0.7	1.0	25%
桑員	1.4	1.0	0.1	0.0	0.0		0.0			0.3	29%
三泗	2.5	0.1	2.1	0.1	0.0					0.2	17%
鈴亀	1.1	0.0	0.2	0.7	0.2		0.0			0.1	43%
津	2.2	0.0	0.0	0.1	1.9	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	14%
伊賀	1.1		0.0	0.0	0.2	0.6	0.0			0.2	44%
松阪	1.8		0.0	0.0	0.2		1.4	0.1	0.0	0.0	22%
伊勢志摩	1.8		0.0	0.0	0.1		0.2	1.5	0.0	0.0	19%
東紀州	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.1	0.0	0.7	0.1	32%
県外	0.3	0.1	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	—	—
流入率	21%	17%	16%	37%	32%	7%	23%	11%	7%	—	—

② 病院の一般病床の流出・流入患者数

○ 平成 26（2014）年の１日あたりの病院の一般病床の入院患者数は、北勢医療圏では 3.6 千人と推計され、うち 18%が県外を含む当該医療圏外の医療機関に入院しています。流出率は、県平均では 18%ですが、東紀州医療圏では 41%と高い割合になっています。
○ 一般病床の入院患者については、東紀州医療圏を除いた二次医療圏では患者の８割以上がその医療圏内で入院医療を受けており、各医療圏において特殊な医療を除く一般的な医療サービスがおおむね完結しているといえます。

図表 2-4-6 二次医療圏別 病院の一般病床の入院患者の流出・流入状況

（単位：千人/日）

医療機関所在地 / 患者住所地	総数	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	県外	流出率
総数	9.5	3.2	2.6	2.4	0.3	0.8	18%
北勢医療圏	3.6	2.9	0.3	0.0		0.4	18%
中勢伊賀医療圏	2.5	0.1	2.0	0.1		0.3	19%
南勢志摩医療圏	2.5	0.0	0.2	2.2		0.1	12%
東紀州医療圏	0.6	0.0	0.0	0.1	0.3	0.1	41%
県外	0.3	0.1	0.1	0.0	0.0	—	—
流入率	13%	10%	23%	9%	1%	—	—

○ 一般病床の入院患者で構想区域外への流出率が高いのは、鈴亀区域の 60%、伊賀区域の47%等であり、逆に流出率が低いのは三泗・津・伊勢志摩の各区域の 15%等です。
○ 構想区域外からの流入率が高いのは、鈴亀区域の 49%、津区域の 36%等です。

図表 2-4-7 構想区域別 病院の一般病床の入院患者の流出・流入状況

（単位：千人/日）

医療機関所在地 / 患者住所地	総数	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	県外	流出率
総数	9.5	0.9	1.8	0.5	2.1	0.5	1.2	1.2	0.3	0.8	26%
桑員	1.1	0.7	0.1	0.0	0.0		0.0			0.2	32%
三泗	1.8	0.1	1.5	0.0	0.0					0.1	15%
鈴亀	0.7	0.0	0.2	0.3	0.2					0.0	60%
津	1.6	0.0	0.0	0.1	1.4	0.0	0.1	0.0		0.0	15%
伊賀	0.9		0.0	0.0	0.2	0.5	0.0			0.2	47%
松阪	1.3		0.0	0.0	0.2		1.0	0.1		0.0	22%
伊勢志摩	1.3		0.0	0.0	0.0		0.1	1.1		0.0	15%
東紀州	0.6		0.0	0.0	0.0		0.1	0.0	0.3	0.1	41%
県外	0.3	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	—	—
流入率	22%	13%	17%	49%	36%	7%	20%	12%	1%	—	—

③ 病院の療養病床の流出・流入患者数

○ 平成 26（2014）年の１日あたりの病院の療養病床の入院患者数は、北勢医療圏では 1.5 千人と推計され、うち８%が県外を含む当該医療圏外の医療機関に入院しています。流出率は、県平均では 11%であり、最も流出率の高い東紀州医療圏でも 20%にとどまっています。
○ 療養病床の入院患者については、全ての二次医療圏で患者の 80%以上がその医療圏内で入院医療を受けており、各医療圏においておおむね完結しているといえます。

図表 2-4-8 二次医療圏別 病院の療養病床の入院患者の流出・流入状況

（単位：千人/日）

医療機関所在地 / 患者住所地	総数	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	県外	流出率
総　数	3.9	1.4	0.8	1.1	0.4	0.2	11%
北勢医療圏	1.5	1.3	0.0	0.0		0.1	8%
中勢伊賀医療圏	0.8	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	14%
南勢志摩医療圏	1.1	0.0	0.1	1.0	0.0	0.0	11%
東紀州医療圏	0.4	0.0	0.0	0.0	0.3	0.1	20%
県　外	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	—	—
流入率	9%	6%	15%	6%	13%	—	—

○ 療養病床の入院患者で構想区域外への流出率が高いのは、伊賀区域と伊勢志摩区域の 28%等であり、逆に流出率が低いのは津区域の 13%等です。
○ 構想区域外からの流入率が高いのは、松阪区域の 30%、桑員区域の 27%等です。
○ 療養病床は一般病床に比べて流出率・流入率とも低い水準です。

図表 2-4-9 構想区域別 病院の療養病床の入院患者の流出・流入状況

（単位：千人/日）

医療機関所在地 / 患者住所地	総数	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	県外	流出率
総数	3.9	0.3	0.6	0.5	0.7	0.2	0.6	0.4	0.4	0.2	21%
桑員	0.3	0.2	0.0	0.0	0.0		0.0			0.0	21%
三泗	0.7	0.1	0.5	0.1	0.0					0.0	23%
鈴亀	0.5		0.0	0.4	0.0		0.0			0.0	17%
津	0.6		0.0	0.0	0.5	0.0	0.0		0.0	0.0	13%
伊賀	0.2			0.0	0.0	0.1	0.0			0.0	28%
松阪	0.6		0.0	0.0	0.1		0.4	0.0	0.0	0.0	21%
伊勢志摩	0.5			0.0	0.0		0.1	0.4	0.0	0.0	28%
東紀州	0.4	0.0			0.0		0.0		0.3	0.1	20%
県外	0.1	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0		0.0	－	－
流入率	19%	27%	11%	23%	21%	8%	30%	7%	13%	－	－

第１節｜医療圏の設定と基準病床数

１．医療圏設定の考え方

(1) 医療圏

○ 医療圏とは、地域の医療需要に応じて包括的に医療を提供するために、医療資源の適正な配置を図ることを目的とした地域単位をいいます。

○ 本県では、県民に身近なところで適切な医療サービスを効率的に提供するため、県民の生活行動の範囲や医療機関を受診する際の移動状況を考慮した上で、健康増進から疾病の予防、診断、治療およびリハビリテーションに至る包括的な医療提供体制を整備するための地域単位として、一次、二次、三次の医療圏を設定しています。

○ なお、圏域の範囲については、今後の社会情勢や地域事情の変化に対応するため、必要に応じ見直します。

(2) 一次医療圏

○ 一次医療圏とは、日常の健康相談等の保健サービスと、かかりつけ医等による初期医療を提供していくための最も基礎的な単位であり、住民の日常生活に密着した医療サービスが提供される地域の範囲です。

○ 休日夜間応急診療所等による初期救急医療、母子保健事業等の保健サービスは、市町が主体となって実施しており、また、地域包括ケアシステムの構築や介護保険制度の運営等も含め、市町の役割はますます重要になっています。

○ 本県においては、市町を一次医療圏とします。

(3) 二次医療圏

○ 二次医療圏とは、特殊な医療や専門性の高い救急医療を除いて、県民が必要とする入院に係る医療提供体制の整備を図るために、市町を越えて設定する地域の範囲です。

○ 平成 29（2017）年３月に厚生労働省から発出された「医療計画作成指針」（厚生労働省医政局長通知、同年７月に一部改正）では、人口規模、患者の受療の状況等を参考として二次医療圏を設定するよう、その設定基準が示されています。具体的には、人口 20 万人未満かつ患者の受療動向が流出型（療養病床および一般病床の流入患者割合*20%未満かつ流出患者割合*20%以上）の二次医療圏については、その設定について見直すこととされています。

○ 本県では、これまで４つの二次保健医療圏[1]のほか、社会的、歴史的な日常生活圏、行政の圏域との整合性を図るという観点から、伊賀サブ保健医療圏、伊勢志摩サブ保健医療圏を設定し、圏域のあり方を引き続き検討する地域として位置づけてきました。

[1] 第５次改訂までの計画では、「医療圏」ではなく「保健医療圏」としていました。

図表3-1-1　二次医療圏および構想区域

二次医療圏・構想区域	構成市町	圏域人口（人）	面積（km²）	人口千人あたり病床数（床）
北勢医療圏		840,770	1,109	8.0
桑員区域	桑名市、いなべ市、木曽岬町、東員町	217,754	395	8.8
三泗区域	四日市市、菰野町、朝日町、川越町	376,566	328	7.7
鈴亀区域	鈴鹿市、亀山市	246,450	386	7.8
中勢伊賀医療圏		446,647	1,399	10.7
津区域	津市	278,674	711	13.2
伊賀区域	名張市、伊賀市	167,973	688	6.5
南勢志摩医療圏		449,933	2,276	9.7
松阪区域	松阪市、多気町、明和町、大台町、大紀町	218,294	1,364	10.3
伊勢志摩区域	伊勢市、鳥羽市、志摩市、玉城町、度会町、南伊勢町	231,639	912	9.1
東紀州医療圏		70,261	990	12.3
東紀州区域	尾鷲市、熊野市、紀北町、御浜町、紀宝町	70,261	990	12.3

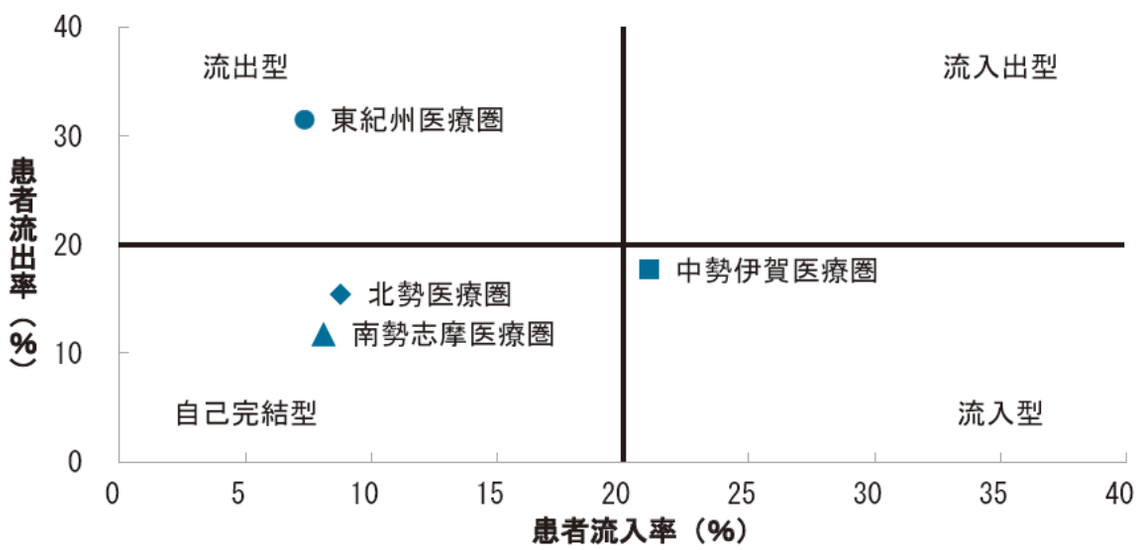
※人口および病床数は平成 28 年 10 月 1 日現在の数値です。
※病床数は一般病床および療養病床の数です。

資料：三重県「月別人口調査」、「平成 28 年刊 三重県統計書」
厚生労働省「平成 28 年 医療施設調査」

○ 第２章第４節の「県民の受療動向」で確認したように、入院患者については、東紀州医療圏を除いた二次医療圏では患者の８割以上がその医療圏内で入院医療を受けており、おおむね標準的な医療提供体制が一体的に確保されていると認められます。

○ 東紀州医療圏については、仮に隣接する南勢志摩医療圏との統合を考えた場合、面積が広大となります。また、圏域内の熊野市から、主な流出先となっている南勢志摩医療圏の基幹病院へのアクセスも悪く、へき地を抱える東紀州地域の医療提供体制の整備がさらに困難になるおそれがあり、住民にとって統合によるメリットは少ないと考えられます。

図表3-1-2　各医療圏の流出率・流入率による分類



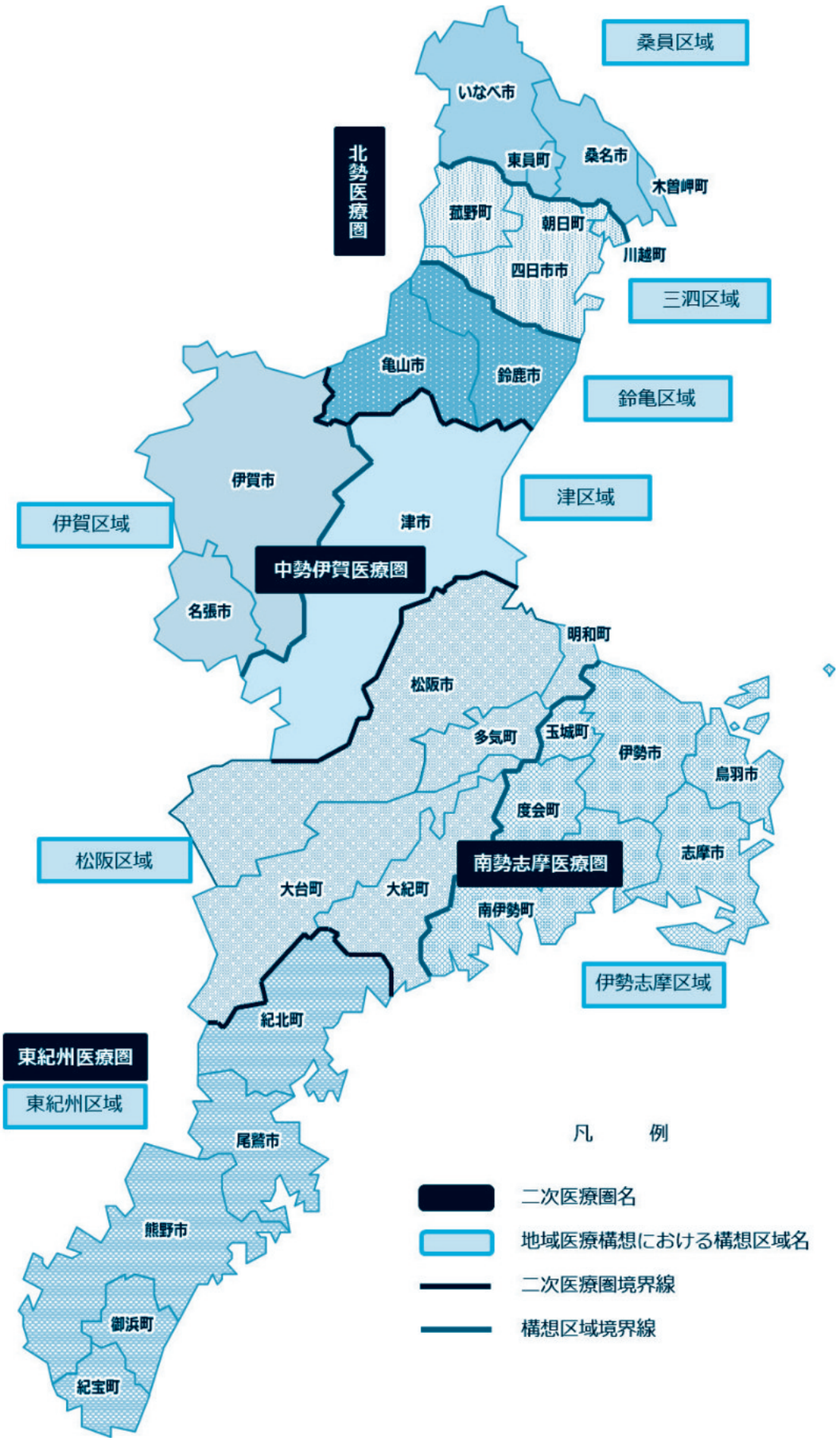
資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査（個票解析）」

○ こうしたことから、二次医療圏については、これまでと同様の４つの圏域を設定することとします。
○ なお、本県では、平成 29（2017）年３月に地域医療構想を策定し、４つの二次医療圏をベースとして８つの構想区域を設定しました。各構想区域においては、病床の機能分化・連携のほか、在宅医療等のより地域に密着した医療のあり方について議論・検討を行います。
○ また、二次医療圏においても、将来の病床の必要量をふまえながら、病床の機能分化・連携に関して議論を進めることとし、二次医療圏内の複数の構想区域が合同で検討を行います。
○ ８つの構想区域のうち、伊賀区域と伊勢志摩区域は、それぞれ従前の伊賀サブ保健医療圏、伊勢志摩サブ保健医療圏と圏域が同じであるため、サブ医療圏の設定は行わないこととします。

（4）三次医療圏

○ 三次医療圏とは、一次、二次医療圏での医療提供体制と連携し、入院に係る特殊な医療や専門性の高い救急医療を広域的に提供するための地域の範囲で、原則として都道府県の区域を単位として設定することとされています。
○ 本県においては、県全域を三次医療圏とします。

図表3-1-3　三重県全体図（二次医療圏および構想区域）



2．基準病床数

○ 効率的、効果的な入院に係る医療提供体制を確立するためには、各二次医療圏における病院等の病床数が重要な要素となります。

○ 「医療法」では、医療計画において基準病床数を定めることとされています。基準病床数は、二次医療圏内での病床数の目安であるとともに、一定以上の病床が整備されている場合の規制基準としての役割を併せ持っています。既存病床数が基準病床数を超える病床過剰地域の場合には、原則として病床の新設または増加が抑制されます。

図表3-1-4　基準病床数

（単位：床）

病床種別	区分		既存病床数（＊1）	既存病床数（＊2）	過不足数
療養病床および一般病床	北勢医療圏	5,520	6,204	6,204	684
	中勢伊賀医療圏	3,654	4,468	4,455	801
	南勢志摩医療圏	3,480	4,005	3,975	495
	東紀州医療圏	561	851	851	290
	合計	13,215	15,528	15,485	2,270
精神病床	全県域	3,873	4,674	4,674	801
結核病床	全県域	60	30	30	△30
感染症病床	全県域	24	24	24	0

※既存病床数は、平成29年12月1日現在です。
　＊1：平成30年3月までの算定方法による病床数。
　＊2：平成30年4月からの算定方法による病床数。
※療養病床および一般病床ならびに精神病床に係る基準病床数は、各圏域の人口、人口構成、流入流出患者数等をもとに「医療法施行規則」に定められた計算方式により算出しています。
※結核病床に係る基準病床数は、「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」（厚生労働省健康局結核感染症課長通知）および県内結核患者の発生状況、平均入院期間等を勘案し、算出しています。
　なお、本県では、結核病床の不足を補うため、国の結核患者収容モデル事業により、一般病床および精神病床の一部を結核患者収容可能な病床として整備しています。
※感染症病床に係る基準病床数は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」の配置基準に基づき、算出しています。
※療養病床および一般病床については、基準病床数とは別に、地域医療構想で定める「必要病床数」があります。必要病床数は、地域医療構想に基づき2025年に向けて地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安であり、基準病床数とは計算方法等が異なります。

○ ただし、以下の診療所の一般病床については、病床過剰地域であっても「医療法施行規則」第1条の14第7項第1号から第3号までに該当するものとして、三重県医療審議会の意見を聴くなどの手続きを経た上で知事への届出により設置することができます。なお、届出により一般病床を設置し、または設置予定の診療所の名称については、本計画への掲載に代えて県ホームページで公表することとします。

1　居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所
2　へき地に設置される診療所
3　小児医療の推進に必要な診療所
4　周産期医療の推進に必要な診療所

５　上記に定めるもののほか地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所

○ また、「医療法施行規則」第 30 条の 32 の２第１項に規定する特定の病床等に係る特例に該当する病床[2]の設置については、三重県医療審議会の意見を聴いた上で、県が厚生労働大臣に協議し、その同意を得た場合に限り認められます。さらに、地域医療連携推進法人*の参加法人についても、地域医療構想の達成を推進するために必要な場合は、病床の設置の特例が適用されます。

[2] 専らがんその他の悪性新生物または循環器疾患に関するもの（不足している地域に限る。）、専ら小児疾患に関するもの、専ら周産期疾患に関するもの、専らリハビリテーションに関するもの（発達障がい児の早期リハビリテーションその他の特殊なリハビリテーションに係るものに限る。）などの病床をいいます。

第１節｜医師の確保と資質の向上

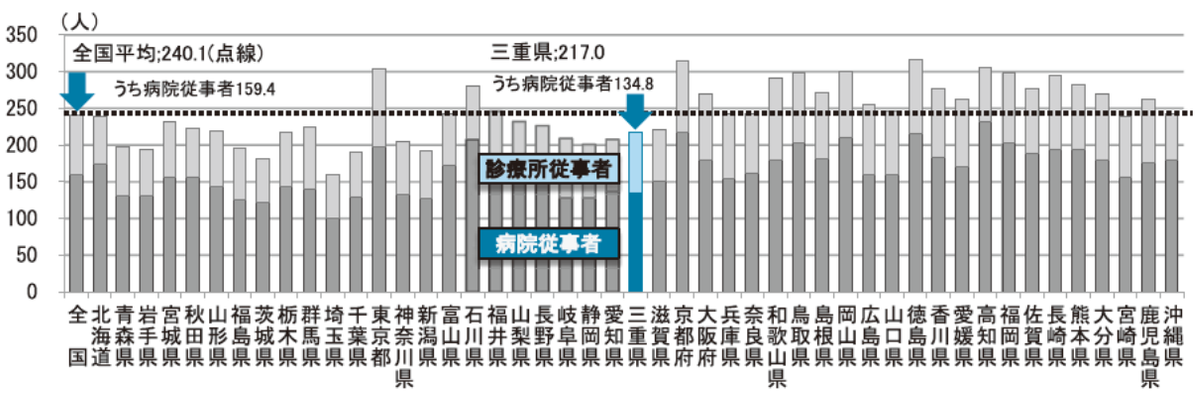
1．医師

(1) 現状

○ 厚生労働省の医師･歯科医師･薬剤師調査（平成 28（2016）年 12 月 31 日現在）によると、本県の人口 10 万人あたりの医師数は 217.0 人で、全国平均の 240.1 人に比べて 23.1 人少なく、さらに病院勤務医においては 134.8 人と、全国平均の 159.4 人より 24.6 人少なく、依然として深刻な医師不足の状況にあります。

○ 内科、外科、産婦人科、小児科等、主な診療科においても全国平均を下回っています。

図表 4-1-1 医師数の全国と県との比較（人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数 [1]）



資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表 4-1-2 医師数の全国と県との比較（実人数と人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数）

（単位：人）

	実人数	診療科計	内科 [2]	外科 [3]	産婦人科 [4]	小児科	麻酔科
全　国	304,759	240.1	85	18.1	10.4	13.3	7.2
三重県	3,924(24)	217(36)	80.7(29)	17.3(30)	9.8(26)	11.5(39)	3.8(47)

	神経内科	皮膚科	精神科 [5]	泌尿器科	胸部外科 [6]	脳神経外科	整形外科
全　国	3.9	7.2	13.0	5.6	4.0	5.8	16.8
三重県	4.5(12)	6.0(34)	12.6(25)	4.9(35)	3.1(40)	5.1(35)	16.4(31)

	形成外科	眼科	耳鼻咽喉科	リハビリテーション科	放射線科	病理診断科	救急科
全　国	2.0	10.4	7.3	2.0	5.2	1.5	2.6
三重県	0.5(47)	9.4(27)	6.6(30)	1.2(40)	5.1(27)	1.1(38)	1.2(44)

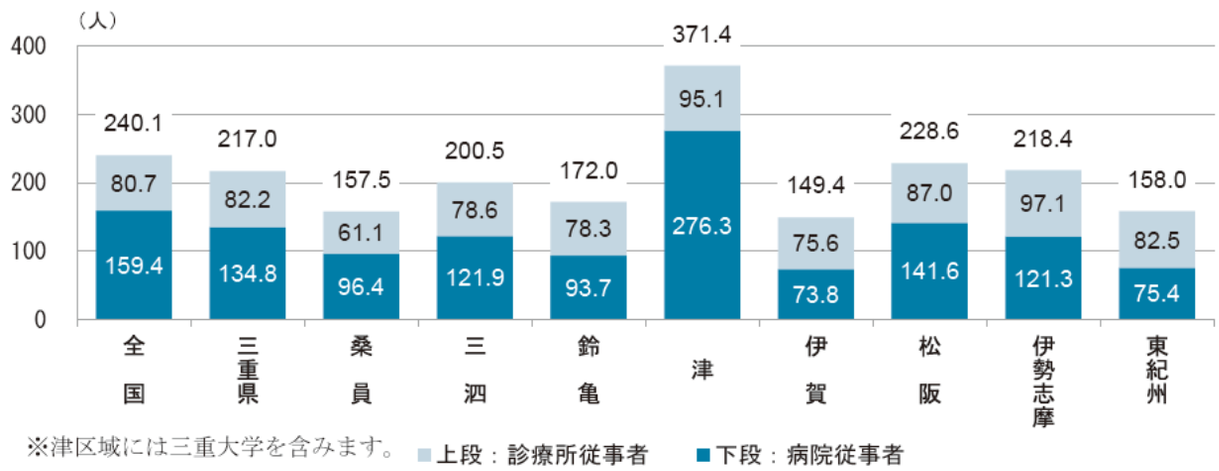
※（　）内は全国順位

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

[1] 病院および診療所に従事する医師の合計です。
[2] 内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科医師の合計です。
[3] 外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、小児外科、肛門外科医師の合計です。
[4] 産婦人科、産科、婦人科医師の合計です。
[5] 精神科、心療内科の合計です。
[6] 呼吸器外科、心臓血管外科の合計です。

○ 構想区域別に見ると、病院では、伊賀、東紀州、鈴亀、桑員区域の順に医師数が少なくなっています。また、診療所では、津、松阪、伊勢志摩、東紀州区域以外は全国平均を下回っています。

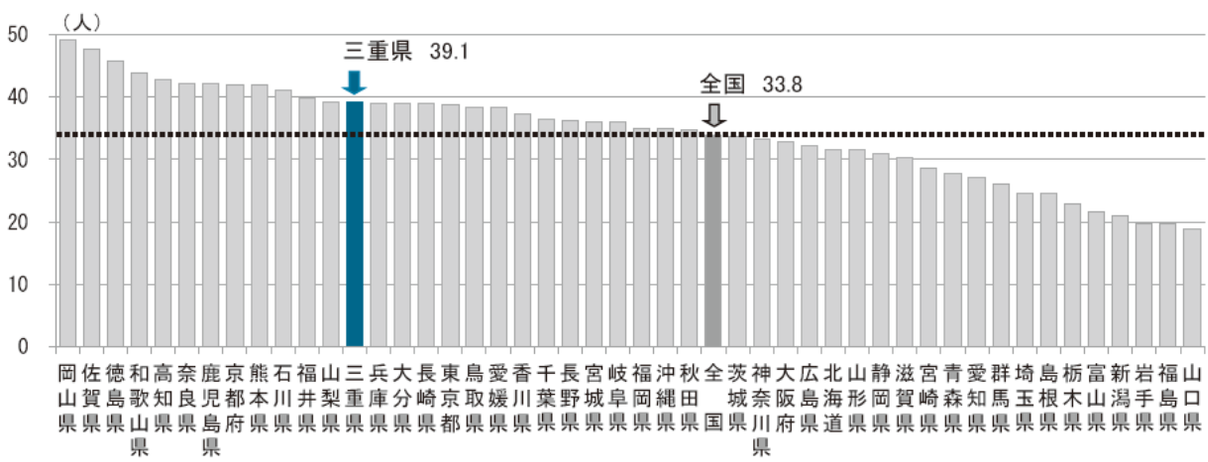
図表 4-1-3 県内の人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数



資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

○ 全国的に医師数は増加傾向にあり、本県ではその伸び率が高く、過去 10 年間の人口 10 万人あたり増加数は全国平均を上回っています。

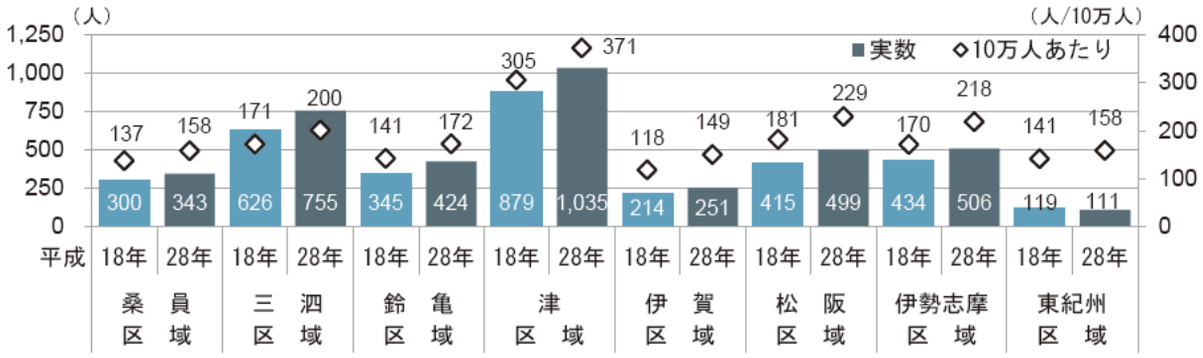
図表 4-1-4 過去 10 年間の人口 10 万人あたりの医療施設従事医師の増加数（平成 18 年～28 年）



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

○ 構想区域別では、過去 10 年間に鈴亀区域の医師数が 79 名（22.9%）増加したほか、三泗区域が 129 名（20.6%）、松阪区域が 84 名（20.2%）増加しました。一方で、東紀州区域のみ８名（6.7%）減少していますが、東紀州区域は人口も減少しているため、人口 10 万人あたり医師数は微増となっています。

図表 4-1-5 過去 10 年間の医療施設従事医師・人口 10 万人あたりの医療施設従事医師の推移

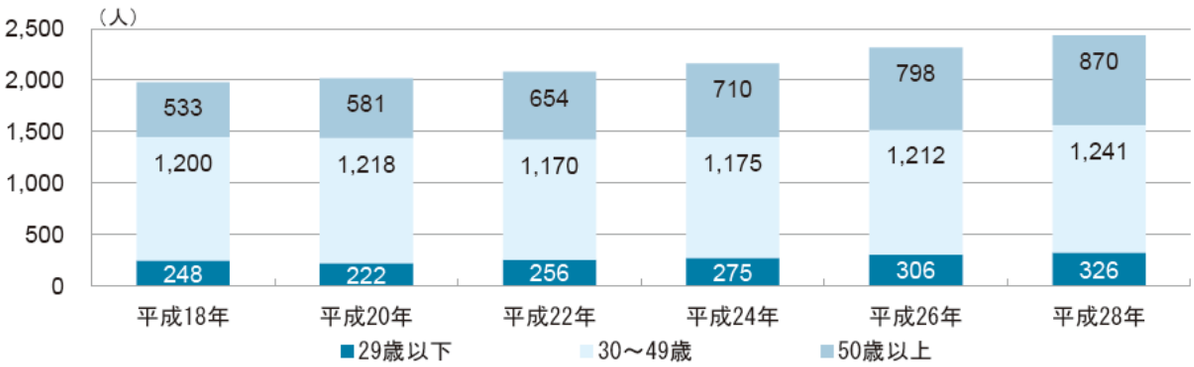


※津区域には三重大学を含みます。

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

○ 50 歳未満の病院勤務医は、医師数全体に占める割合としては減少が続いていますが、医師数では平成 22（2010）年までの減少傾向から平成 24(2012)年以降増加に転じています。

図表 4-1-6 県内の年代別病院勤務医師数(実数)の推移



50 歳未満の病院勤務医師数の占める割合 （単位：%）

平成 18 年	平成 20 年	平成 22 年	平成 24 年	平成 26 年	平成 28 年
73.1	71.3	68.6	67.1	65.5	64.3

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

○ 平成 25 (2013) 年度に本県で実施した医師看護師需給状況調査によると、医師数全体では、平成 22（2010）年の需給ギャップ（-11%）は、平成 37（2025）年から平成 42（2030）年にかけて解消されることが見込まれていますが、地域偏在等の課題は残る見込みです。

図表 4-1-7 三重県における医師数全体の需給見通し（平成 22 年～47 年）

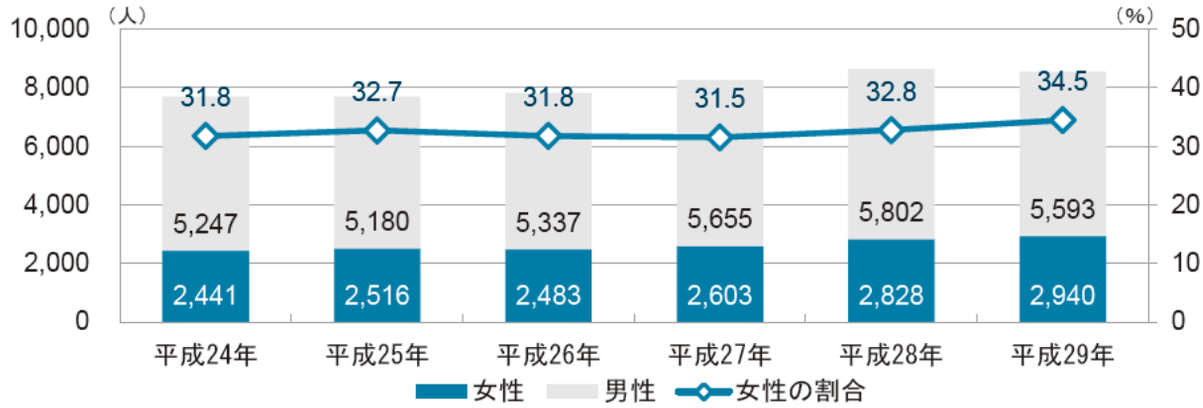
（単位：人）

区　分	平成 22 年	平成 27 年	平成 32 年	平成 37 年	平成 42 年	平成 47 年
需　要　量	3,964	4,072	4,111	4,125	4,093	4,008
供　給　量	3,525	3,646	3,889	4,086	4,222	4,314
不足数	-439	-426	-222	-39	129	306
需給ギャップ	-11%	-10%	-5%	-1%	3%	8%

資料：三重県「医師看護師需給状況調査（平成25年12月）」

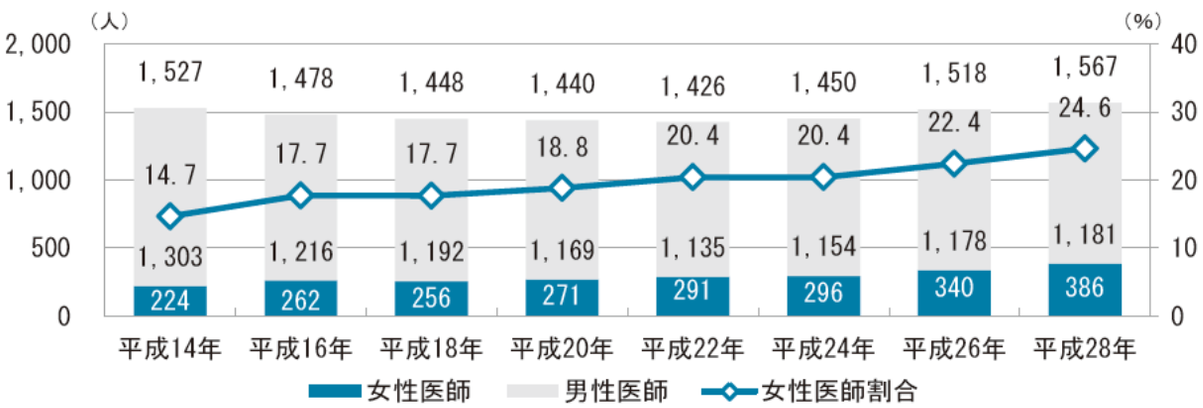
○ 近年、医師数に占める女性医師の割合が高まってきており、国家試験合格者に占める女性医師の割合は 30%を超えています。また、県内においても、50 歳未満の病院勤務医に占める女性医師の割合は増加傾向にあります。

図表 4-1-8 国家試験合格者に占める女性医師数および割合の推移



資料：厚生労働省「医師国家試験　男女別合格者数等の推移」

図表 4-1-9 県内の病院に勤務する医師数（50 歳未満）および女性医師の割合の推移



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

○ 厚生労働省が実施したアンケート調査によると、出身都道府県の大学に進学し、その後、出身都道府県で初期臨床研修*を行った場合には、初期臨床研修修了後に出身都道府県で勤務する割合が 90%と高くなっています。また、出身以外の都道府県の大学に進学して出身都道府県で初期臨床研修を行った場合でも、初期臨床研修修了後に出身都道府県で勤務する割合は 79%と比較的高くなっています。

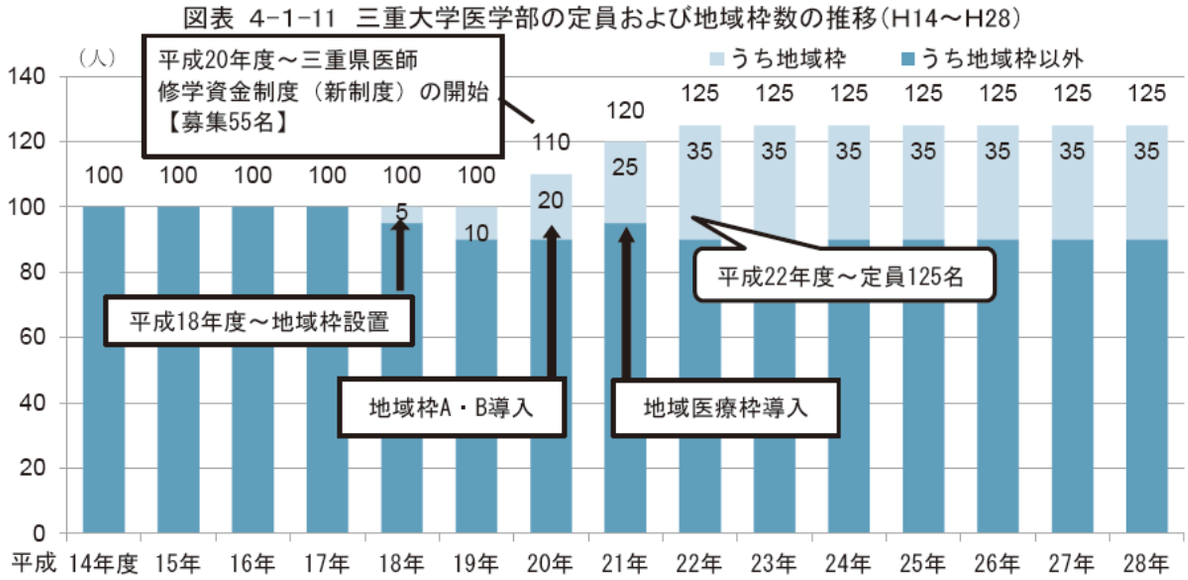
図表4-1-10　初期臨床研修終了後に出身都道府県に勤務する割合

			臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	A県	2,776	90%	304	10%
A県	A県	B県	321	36%	567	64%
A県	B県	A県	2,001	79%	543	21%
A県	B県	C県	474	9%	4,578	91%

資料：厚生労働省「臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）」

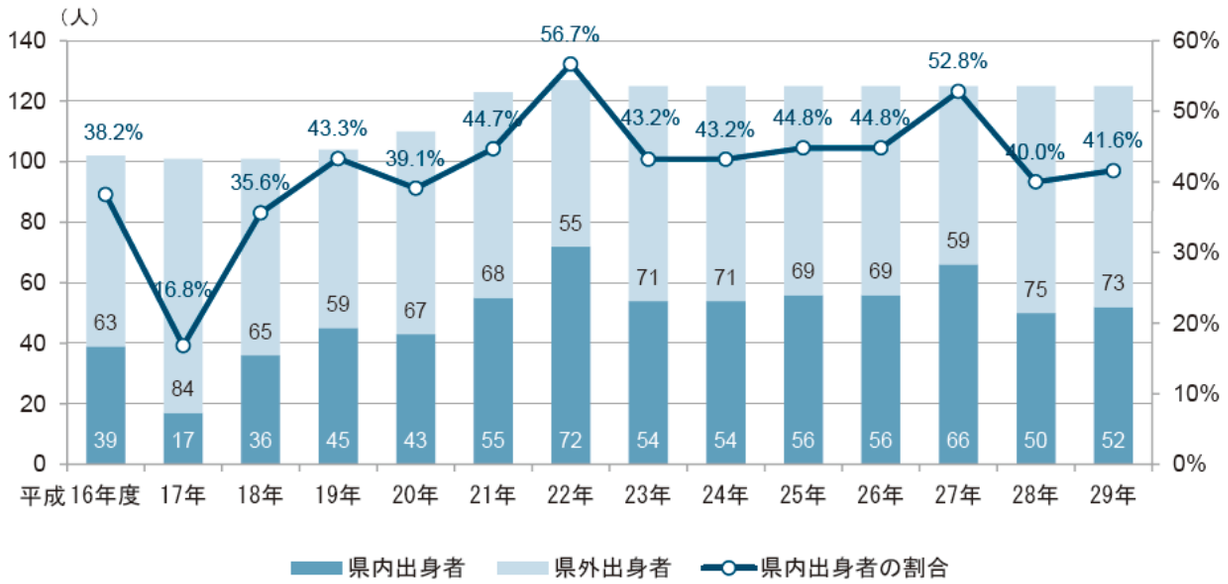
○ 三重大学医学部では、平成18（2006）年度以降、段階的に定員の拡大（25名増：100名→125名）や地域枠（30名：地域枠A*（25名）・地域枠B*（５名））および地域医療枠*（５名）の設定等に取り組み、一時大きく落ち込んだ県内出身者数も入学者の４割を超える程度にまで回復しつつあります。

図表 4-1-11　三重大学医学部の定員および地域枠数の推移（H14～H28）



資料：三重県調査

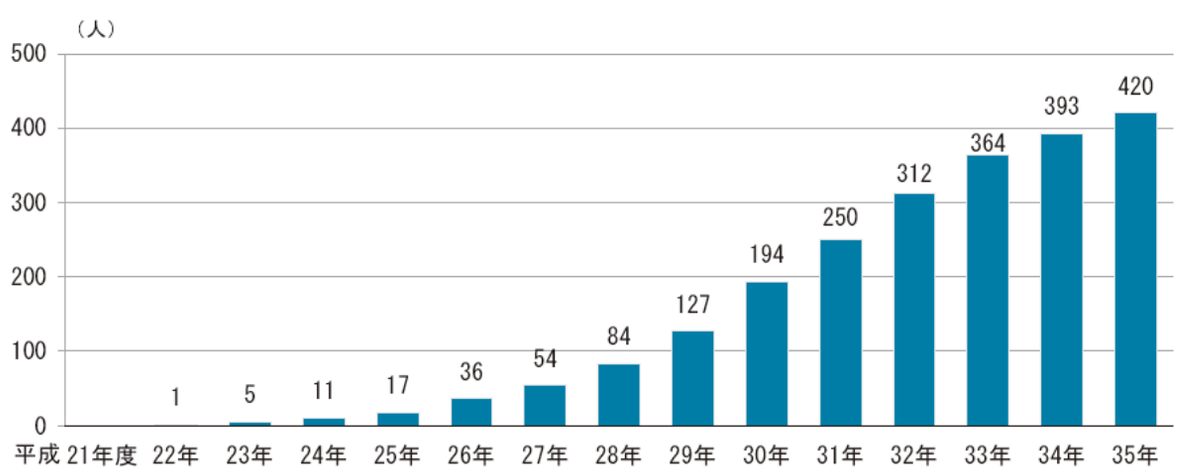
図表 4-1-12　三重大学医学部入学者に占める県内出身者の割合



資料：三重県調査

○ 本県では、平成 16（2004）年度の新臨床研修制度 *の導入にあわせて、三重県医師修学資金貸与制度 *を創設し、平成 20（2008）年度に返還免除条件の緩和（県内救急告示病院 *等への一定期間勤務等）や貸与枠の拡大等の大幅な見直しを行いました。その結果、貸与者の累計が 642 名（平成 29(2017）年 9 月末現在）となっており、初期臨床研修を修了し、返還免除のために県内医療機関における勤務を開始する医師は、今後、段階的に増加することが見込まれています。

図表 4-1-13　医師修学資金貸与者のうち、義務勤務を開始する医師の延べ人数（見込み）



※平成 29 年度以降、留年なく卒業後、直ちに医師免許を取得し、県内勤務医コースを選択すると仮定します。

資料：三重県調査

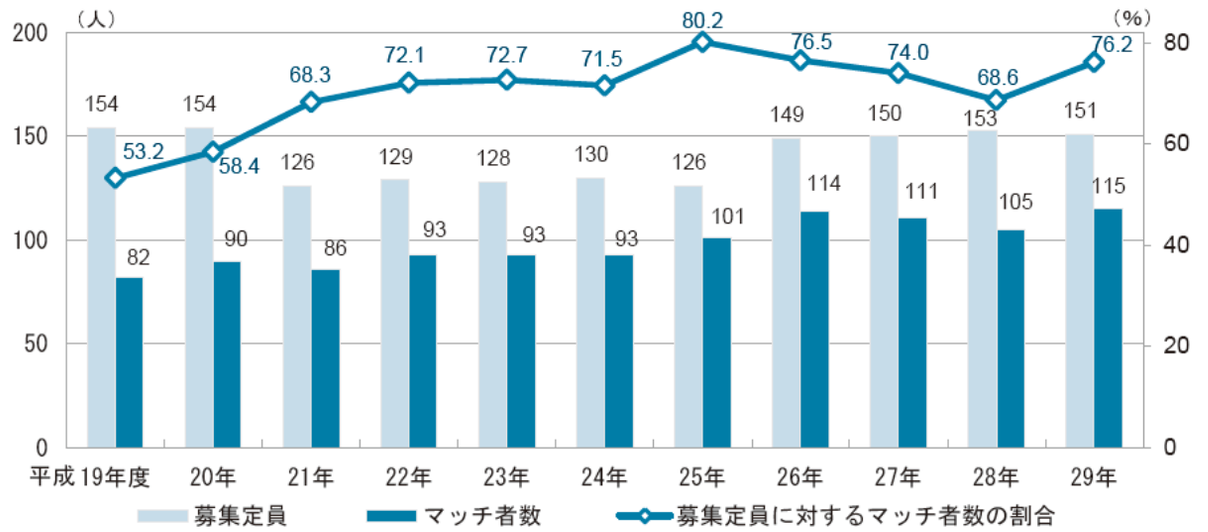
○ また、平成 23（2011）年度から平成 25（2013）年度までの期間に限り、医師確保の緊急対策として、三重県臨床研修医研修資金貸与制度*および三重県専門研修医研修資金貸与制度*

を設置し、これまでに臨床研修医 40 名、専門研修医７名が県内医療機関において義務勤務を行っています。

○ 県内で初期臨床研修を行う研修医は年々増加しつつありますが、募集定員に対するマッチング *者の割合は７割程度となっています。県内の臨床研修病院 *等が組織するＮＰＯ法人ＭＭＣ卒後臨床研修センター*では、平成 24（2012）年度から、県内の全ての基幹型臨床研修病院（16 病院）が相互に研修協力病院となり研修医の選択肢を広げるプログラム（ＭＭＣプログラム*）を導入し、さらなる研修医の確保に努めています。

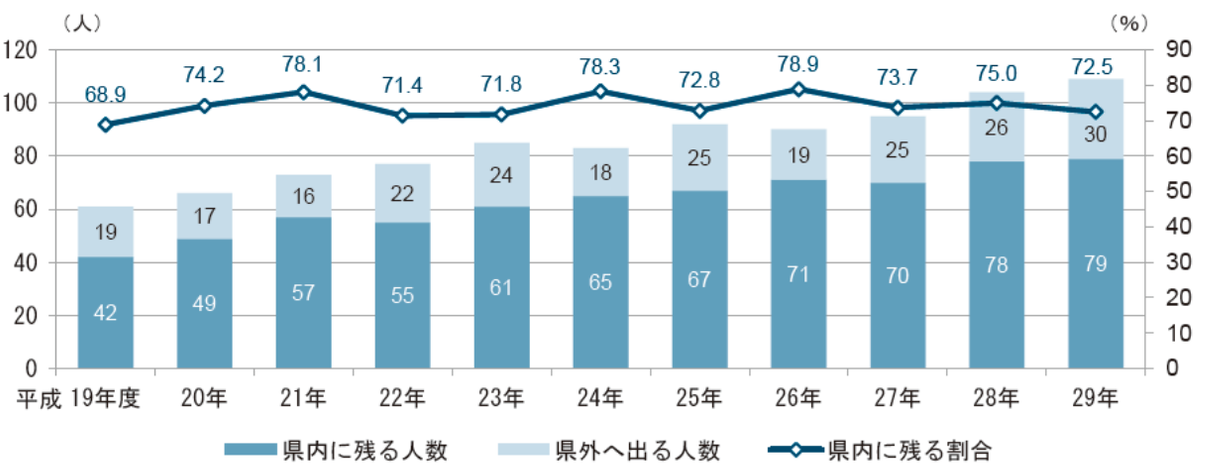
○ なお、県内の医療機関において初期臨床研修を修了した医師が、後期臨床研修 *医として県内医療機関にとどまる割合は７割程度となっています。

図表 4-1-14 初期臨床研修マッチング推移



資料：医師臨床研修マッチング協議会調べ

図表 4-1-15 後期臨床研修医の動向



資料：ＮＰＯ法人ＭＭＣ卒後臨床研修センター調べ

○ 医師無料職業紹介事業は、平成 22（2010）年 10 月の開設以来、90 件の問い合わせがあり、そのうち 30 件が成約（常勤 14 件、非常勤 16 件。平成 29(2017)年３月末現在）しています。

○ また、自治医科大学義務年限*内医師や義務年限終了後も引き続き県職員として、へき地医療機関*等へ派遣するキャリアサポート制度*活用の医師を、平成 29（2017）年度にはへき地等の医療機関へ 15 名配置しています。

○ このほか、都市部の医療機関から医師不足地域の医療機関に医師を派遣するバディ・ホスピタル・システム*による診療支援や、大学、市町、県が連携した医師派遣を伴う寄附講座の設置の取組も行われています。

○ 本県では、平成 26（2014）年に成立した医療介護総合確保推進法に基づき設置された三重県地域医療介護総合確保基金を活用して、若手医師の育成・確保に向けて勤務医の負担軽減対策や臨床研修医の定着支援、総合診療医 *の育成拠点整備等の環境づくり等に注力し、取り組んでいます。

○ また、地域医療の担い手の育成に向けて、平成 21（2009）年４月、紀南病院内に三重県地域医療研修センター（ＭＥＴＣＨ）を設置し、医学生、研修医を対象に実践的な地域医療研修の機会を提供しています。同センターで行う初期臨床研修医の地域医療研修では、平成 24（2012）年度から研修医を受け入れる医療機関の拡充（３医療機関の増加）を行い、これまで受け入れた研修医の累計は、236 名（平成 28(2016)年度末）となっています。

○ さらに、平成 24（2012）年５月には、医師の地域偏在の解消に向け、県内の医療機関や医師会、市町、三重大学等と連携して三重県地域医療支援センター*を設置しました。同センターでは、複数の医療機関をローテーションしながら基本的な診療領域の専門医資格を取得できる三重専門医研修プログラム*（後期臨床研修プログラム）を作成し、若手医師のキャリア形成支援と医師不足病院における医師確保支援の取組を進めています。

○ 改正医療法により平成 26(2014)年 10 月から各医療機関管理者は、医療従事者の勤務環境の改善に努めなければならないとされました。本県では、平成 26(2014)年８月にアドバイザー派遣などの総合的な支援を行う三重県医療勤務環境改善支援センター*を全国で３番目に設置し、医療機関の勤務環境改善に向けた自主的な取組が促進されるよう支援しています。

○ また、医療従事者には女性が多いことから、全国に先駆けて平成 27(2015)年度に「女性が働きやすい医療機関」認証制度 *を創設しました。これまでに８医療機関（平成 27(2015)年度５医療機関、平成 28(2016)年度３医療機関）を認証し、働きやすい環境づくりを促進しています。

(2) 課題

○ 医師の不足と偏在の解消には、決定的な解決策がないことから、引き続き医師無料職業紹介事業や勤務医負担軽減等の「医師不足の影響を当面緩和する取組」と、医師修学資金貸与制度の運用や地域医療教育の充実等の「中長期的な視点に立った取組」を組み合わせ、総合的に進めることが必要です。

○ 医師修学資金の貸与者や三重大学医学部へ地域枠で入学した医師（以下、「修学資金貸与医師等」という。）が県内の医療機関で勤務するにあたって、キャリア形成について不安を持つことなく専門医資格を取得できるよう、キャリア形成支援を行う必要があります。また、一部の中核病院だけでなく、医師不足地域の病院でも勤務しつつ、一定期間県外で先進医療等について経験できるような魅力ある仕組みづくりが必要です。

○ 出身都道府県で初期臨床研修を行った場合に出身都道府県に定着する割合が高いことから、本県の出身者で県外大学の医学部を卒業した医師が安心して本県に戻り、初期臨床研修を受けられるよう、キャリア形成支援を行う必要があります。

○ 初期臨床研修医のマッチング率のさらなる向上やより多くの後期臨床研修医の確保、バディ・ホスピタル・システムの取組などに向けて、指導医の育成・確保等、関係医療機関の受入体制を充実していく必要があります。

○ 平成 30（2018）年度から実施される新専門医制度 *によって、専攻医 *が大都市圏など県外の医療機関へ流出し、医師の地域偏在や診療科偏在が助長されないよう大学や関係医療機関等と連携しながら、地域医療を確保するための対策を講じる必要があります。

○ 地域医療に従事する医師の確保に向けて、大学医学部の医師養成課程において、地域医療への動機づけや卒前・卒後を通じた一貫したキャリア形成支援等、三重大学医学部や市町、県が連携し、地域医療教育の充実を継続して進める必要があります。

○ 義務教育課程や高校教育課程において、医師の業務や地域医療の必要性について理解を深める機会を設けるなど、長期的な視点に立って地域医療に従事する医師を養成していく取組についても検討していく必要があります。

○ 近年、医師数に占める女性医師の割合が高まっていますが、出産・育児・介護等により、医療現場を離れる医師も多いことから、キャリア形成に対する支援だけでなく、子育て支援など働きやすく、復帰しやすい勤務環境を整備していくことが必要です。

○ 医師の長時間労働が問題となっているなかで、働き方改革議論の高まりにより、夜勤・当直等における実労働時間の減少が見込まれていることから、患者の診療機会を保障するため、さらに医師を確保する必要があります。

(3) めざす姿

○ 若手医師を対象としたキャリア形成支援に取り組むことによって、若手医師が県内に定着するとともに、医師不足地域の医療機関の医師確保にもつながっています。

○ 県内の全ての地域において地域医療体制の維持に必要な医師が確保され、地域間、診療科目間の偏在の解消が進むとともに、救急医療や周産期医療等への対応が円滑に行われています。

○ 医療機関における勤務環境改善に取り組むことによって、医療従事者の健康増進と安全確

保を図るとともに、医療の質を高め、患者の安全と健康の確保にもつながっています。

(4) 取組方向

取組方向１：医師確保対策の総合的な実施
取組方向２：地域医療を担う医師への支援体制の充実や医療機関の勤務環境の改善
取組方向３：三重県地域医療支援センターを核とした若手医師の県内定着と地域偏在解消に向けた仕組みの構築

(5) 取組内容

取組方向１：医師確保対策の総合的な実施

○ 医師無料職業紹介事業等を通じて県内医療機関の求人情報を効果的に発信し、全国から医師を招へいするとともに、自治医科大学義務年限内医師、キャリアサポート制度活用の医師および三重大学医学部の地域枠医師を派遣すること等により、医師不足地域における医師の確保を進めます。（医療機関、三重大学、市町、県）
○ バディ・ホスピタル・システムを活用した都市部の病院から医師不足地域の病院への診療支援を進めるとともに、臨床研修医を県内に定着させる取組や県立一志病院をはじめとする総合診療医の育成拠点整備等の取組を促進します。（医療機関、三重大学、ＮＰＯ法人ＭＭＣ卒後臨床研修センター、県）
○ 県立一志病院をはじめとする総合診療医の育成拠点の整備にあわせて、総合診療医の専門医資格を取得するための専門研修プログラムの運用等により、県内の総合診療医の確保・育成を推進します。（医療機関、三重大学、県）
○ 医師修学資金貸与制度の運用を通じて、将来県内医療機関で勤務する医師の確保を図るとともに、三重県地域医療支援センターにおける医師不足原因や医師需給状況の分析、キャリア形成支援の仕組みづくり等の取組に対応し、必要に応じて制度の見直しを図っていきます。（三重大学、県）
○ 県外大学へ進学した県内出身の医学生に対して、メールマガジン等を活用した情報提供等を行い、卒業後、本県の医療機関で勤務することにつながるよう取組を進めます。（三重大学、ＮＰＯ法人MMC卒後臨床研修センター、教育機関、県）
○ 義務教育課程や高校教育課程において、医師の業務や地域医療の必要性について理解を深める機会を充実していきます。（医療機関、教育機関、市町、県）
○ 医師の地域偏在等の解消に向けて、偏在の度合いに応じた医師確保の目標や目標達成に向けた施策について検討を行い、関係者と連携して医師偏在対策に取り組みます。（三重大学、医師会、医療関係団体、県）

取組方向２：地域医療を担う医師への支援体制の充実や医療機関の勤務環境の改善

○ 地域医療の担い手の育成に向けて、三重県地域医療研修センター事業を推進し、医学生や研修医を受け入れる医療機関の増加を図ります。（三重大学、医療機関、医師会、医療関係団体、県）

○ 若手医師の確保・定着を図るため、医療機関等における臨床研修受入体制の整備や指導医の確保・育成、子育て医師等の復帰支援、院内保育の充実等の取組を進めます。（医療機関、三重大学、医療関係団体、県）
○ 三重大学医学部の医師養成課程において、市町と連携した地域での保健活動実習やへき地医療機関と連携した見学実習等、地域医療教育の充実を図り、地域医療の優れた担い手の育成につなげます。（医療機関、三重大学、市町、県）
○ 医療従事者の健康増進と安全確保を図るため、三重県地域医療支援センターと三重県医療勤務環境改善支援センターが十分に連携し、医療機関の主体的な取組を通じて、労務管理面のみならず、ワークライフマネジメントなどの幅広い観点を視野に入れた勤務環境改善の取組を支援します。（三重大学、医師会、医療関係団体、県）
○ 県が創設した「女性が働きやすい医療機関」認証制度の取組を推進し、女性医師のみならず全ての医療従事者が働きやすい勤務環境に向けて改善を図る医療機関の取組を支援します。（医療機関、医師会、県）
○ 医師の働き方改革については、国の議論を注意深く見守りながら、関係者とも連携して適切に対応します。（三重大学、医師会、医療関係団体、県）

取組方向３：三重県地域医療支援センターを核とした若手医師の県内定着と地域偏在解消に向けた仕組みの構築

○ 三重大学、ＮＰＯ法人MMＣ卒後臨床研修センター、三重県地域医療支援センター等の関係機関が連携して、大学における医師養成課程から初期臨床研修後の専門医資格の取得に至るまで、一貫したキャリア形成支援を進めます。（医療機関、三重大学、ＮＰＯ法人MMＣ卒後臨床研修センター、県）
○ 三重県地域医療支援センターと三重県へき地医療支援機構*が十分に連携を図り、へき地等に勤務する若手医師のキャリア形成を支援し、医師の確保・定着を進めます。（三重大学、医療機関、市町、県）
○ 三重専門医研修プログラム（後期臨床研修プログラム）の活用を促し、県内の医療機関で安心してキャリア形成ができるよう支援することにより、若手医師の県内定着を図り、地域偏在の解消を進めます。（三重大学、医療機関、県）
○ 新専門医制度について、その動向を見極めながら適切に対応していきます。また、専門研修プログラムについては、地域医療確保の観点から県内の医療関係者で構成する都道府県協議会*において協議を行います。（三重大学、医療機関、医師会、医療関係団体、市町、県）
○ これらの事業を中心となって行う三重県地域医療支援センターについては、三重大学、医師会、病院協会、市町、住民代表等の地域の医療関係者等と協働し、効果的に運営します。（県）

第２節｜医療従事者の人材確保と資質の向上

１．歯科医師

（1）現状

○ 平成 28（2016）年末における本県の医療施設に従事する歯科医師数[1]は 1,162 人で、人口 10 万人あたり 64.3 人と、全国平均の 80.0 人を下回っています。

○ 人口 10 万人あたりの診療科別の歯科医師数は、歯科、矯正歯科、小児歯科および歯科口腔外科のいずれも全国平均を下回っています。

図表 4-2-1　県内の医療施設従事歯科医師数

（単位：人）

平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年
1,015	1,085	1,116	1,096	1,134	1,156	1,162

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

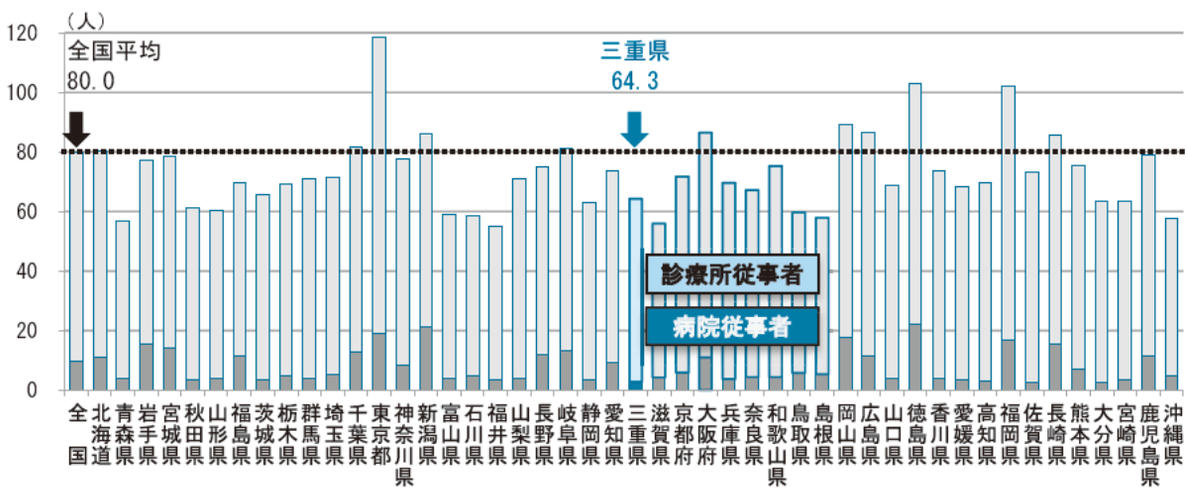
図表 4-2-2　歯科医師数の全国と県との比較（人口 10 万人あたり医療施設従事歯科医師数）

（単位：人）

区　分	総　数	歯　科	矯正歯科	小児歯科	歯科口腔外科
全　国	80.0	69.9	3.0	1.6	3.2
三重県	64.3(34)	58.2(34)	1.8(32)	1.4(16)	2.3(43)

※（　）内は全国順位です。　　資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

図表 4-2-3　歯科医師数の全国と県との比較（人口 10 万人あたりの医療施設従事歯科医師数）



資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

○ 構想区域別では、人口 10 万人あたりの歯科医師数は、津区域、松阪区域、伊勢志摩区域以外は県平均を下回っています。

[1] 病院および診療所に従事する歯科医師の合計です。

図表 4-2-4　県内の構想区域別医療施設従事歯科医師数

（単位：人）

	総数	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
歯科医師数	1,162	129	222	138	216	96	144	177	40
人口 10 万人あたり	64.3	59.2	59.0	56.0	77.5	57.2	66.0	76.4	56.9

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

○ 医療機関に従事する歯科医師の 95.7%（1,162 人中 1,112 人）が歯科診療所に従事しており、県民の歯と口腔の健康を日常的にトータルサポートするかかりつけ歯科医としての役割が期待されています。

(2) 課題

○ 高齢化社会に対応するため、従来の外来診療を中心とした歯科医療の提供に加えて、在宅歯科保健医療の提供体制を整備することが必要です。

○ 地域包括ケアシステムの構築にあたっては、在宅患者等に対する歯科保健医療の需要や、個々の患者の特性に対応できるよう、多職種と連携する歯科保健医療提供体制の充実が必要です。また、専門分野に応じた他の歯科診療所との連携や、歯科診療所では治療困難な患者に対応する病院歯科との連携が必要です。

○ 県民に対して安全・安心かつ効果的な歯科医療を提供するため、ライフステージ*ごとの患者ニーズに応じた専門性の高い技術や知識を持った歯科医師の育成が必要です。

(3) めざす姿

○ 歯科診療所に従事する歯科医師は、かかりつけ歯科医として、県民・患者ニーズへのきめ細かな対応、切れ目のない歯科保健医療提供体制の確保、多職種との連携などの取組を進め、地域包括ケアシステムの一翼を担っています。

○ 歯科保健医療ニーズの高度化・多様化と歯科医療技術の進歩に対応した、予防と治療が一体となった歯科保健医療の提供に向け、県内の全ての地域において高い技術と知識を持つ歯科医師が確保されています。

(4) 取組方向

取組方向１：地域包括ケアシステム構築における歯科保健医療提供体制の充実

取組方向２：歯科医師の生涯研修の推進と障がい児（者）[2]、要介護高齢者等への専門歯科医療を提供する人材の育成

[2] 本県では、法令、条例等に基づく制度や固有名詞等で「障害」の漢字表記が使用されている場合には、そのままの漢字表記を使用し、その他は「障がい」のひらがな表記にしています。

(5) 取組内容

取組方向１：地域包括ケアシステム構築における歯科保健医療提供体制の充実

○ 地域の歯科保健医療を推進する拠点として、郡市歯科医師会ごとに整備した地域口腔ケアステーションにおいて、医療、介護関係者との連携を図り、在宅において効果的な歯科保健医療サービスを提供する体制を整備していきます。（医療機関、歯科医師会、県）

取組方向２：歯科医師の生涯研修の推進と障がい児（者）、要介護高齢者等への専門歯科医療を提供する人材の育成

○ 卒後臨床研修制度により、患者を全人的に診ることができ、かつ高い臨床能力を身につけた歯科医師を育成します。（医療機関、歯科医師会、県）

○ 日本歯科医師会の生涯研修制度に基づき、県歯科医師会、郡市歯科医師会が連携して体系的な研修を実施します。（歯科医師会）

○ 障がい児（者）が身近な地域において安心して歯科医療を受けられるよう、障がい児（者）歯科ネットワーク「みえ歯ーとネット」機能の充実を図ります。（医療機関、歯科医師会、県）

○ 在宅歯科医療への対応や口腔機能の維持・向上を総合的に行うための口腔機能向上に係る訓練を含む口腔ケアなど、要介護高齢者等に対する専門的な歯科医療を担うことができる人材の育成を進めます。（医療機関、歯科医師会、県）

２．薬剤師

(1) 現状

○ 平成 28（2016）年末における本県の薬局および医療施設に従事する薬剤師数[3]は 2,869 人で、人口 10 万人あたり 158.7 人と、全国平均の 181.3 人を下回っています。

○ 医薬分業*の進展や医療施設における薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務等により、薬剤師の需要は増加しています。

○ また、高齢化により在宅医療における医薬品等の供給や薬剤管理指導業務など、薬剤師を取り巻く環境は大きく変化してきています。

図表 4-2-5　県内の薬局および医療施設従事薬剤師数

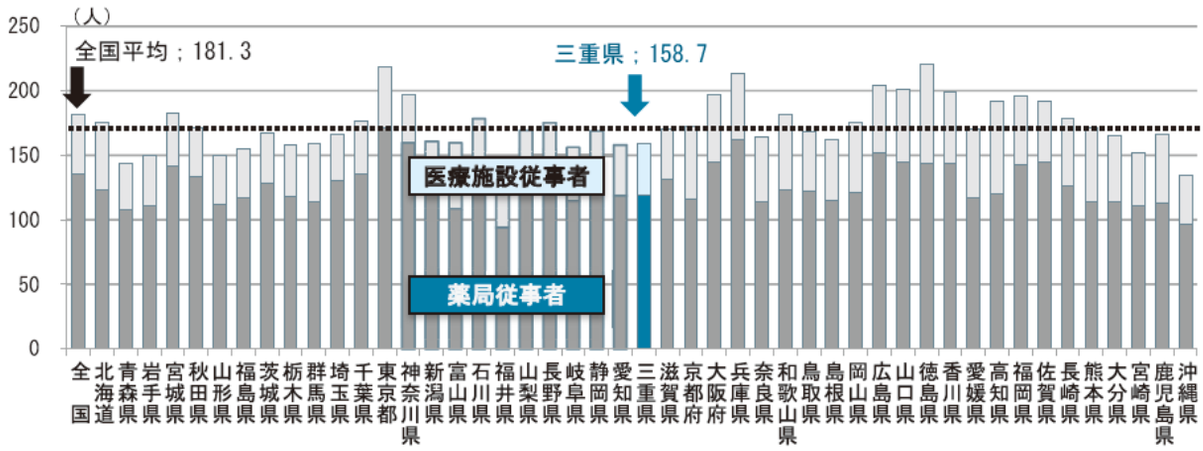
（単位：人）

平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年
2,046	2,178	2,344	2,465	2,496	2,663	2,869

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

[3] 薬局、病院および診療所に従事する薬剤師の合計です。

図表 4-2-6　薬剤師数の全国と県との比較（人口 10 万人あたりの薬局および医療施設従事薬剤師数）



資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

○ 構想区域別では、人口 10 万人あたりの薬剤師数は、桑員区域、津区域は県平均を上回っていますが、それ以外の区域では下回っています。

図表 4-2-7　県内の構想区域別薬局および医療施設従事薬剤師数

（単位：人）

	総数	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
薬剤師数	2,869	352	561	355	589	252	335	339	86
人口 10 万人あたり	158.7	161.7	149.0	144.0	211.4	150.0	153.5	146.3	122.4

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

(2) 課題

○ 薬剤師の需要増に伴い、薬局および医療施設に従事する薬剤師の確保と資質の向上が課題となっています。

○ 医療機関における薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務、医師に対する処方提案、がん治療等の無菌製剤処理業務などに対応できる高い専門性を有する臨床薬剤師の育成・活用が求められています。

(3) めざす姿

○ 県内の全ての地域において、在宅医療等に積極的に関与し、かかりつけ薬剤師として期待される役割を果たす薬剤師が確保されるとともに、医療現場が必要とする薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務、医師に対する処方提案、がん治療等の薬物療法などに精通した質の高い薬剤師が確保されています。

(4) 取組方向

取組方向１：薬剤師の人材育成・確保

取組方向２：薬剤師の資質の向上

(5) 取組内容

取組方向１：薬剤師の人材育成・確保

○ 薬学生に対する病院や薬局での実習受入体制を確保するとともに、県薬剤師会、日本薬剤師研修センター、県等が連携して、実習の指導にあたる指導薬剤師の育成に取り組みます。（医療機関、薬局、大学薬学部、薬剤師会、病院薬剤師会、県）

○ 近隣府県の大学薬学部訪問や薬学部学生向け就職情報誌の作成等により、新卒薬剤師の確保を図るとともに、未就業薬剤師の再就職等のきっかけとするための実務研修等を実施します。（薬剤師会、県）

○ 病院および薬局に従事する薬剤師の需給動向などをふまえ、それぞれの地域において必要とする薬剤師の確保に努めます。（薬剤師会、病院薬剤師会、県）

取組方向２：薬剤師の資質の向上

○ 薬剤管理指導業務・病棟薬剤業務、医師に対する処方提案、がん治療等の薬物療法などに精通した実践能力の高い臨床薬剤師を育成するため、県薬剤師会や県病院薬剤師会と連携して薬剤師の資質の向上に取り組みます。（医療機関、薬剤師会、病院薬剤師会、県）

○ 在宅対応や相談業務などの患者・住民のさまざまなニーズに対応し、多職種と連携して地域包括ケアシステムの一翼を担う「かかりつけ薬剤師」を育成するため、県薬剤師会や県病院薬剤師会と連携し、研修を充実させます。（薬剤師会、病院薬剤師会、市町、県）

3．看護師、准看護師

(1) 現状

○ 平成 28（2016）年末における本県の看護師数（実人数）は 16,259 人で、人口 10 万人あたり 899.3 人と全国平均 906.0 人を下回っていますが、経年的に増加しています。一方、准看護師数（実人数）は 5,096 人で、人口 10 万人あたり 281.9 人と全国平均 254.6 人を上回っています。

図表 4-2-8　看護師・准看護師数

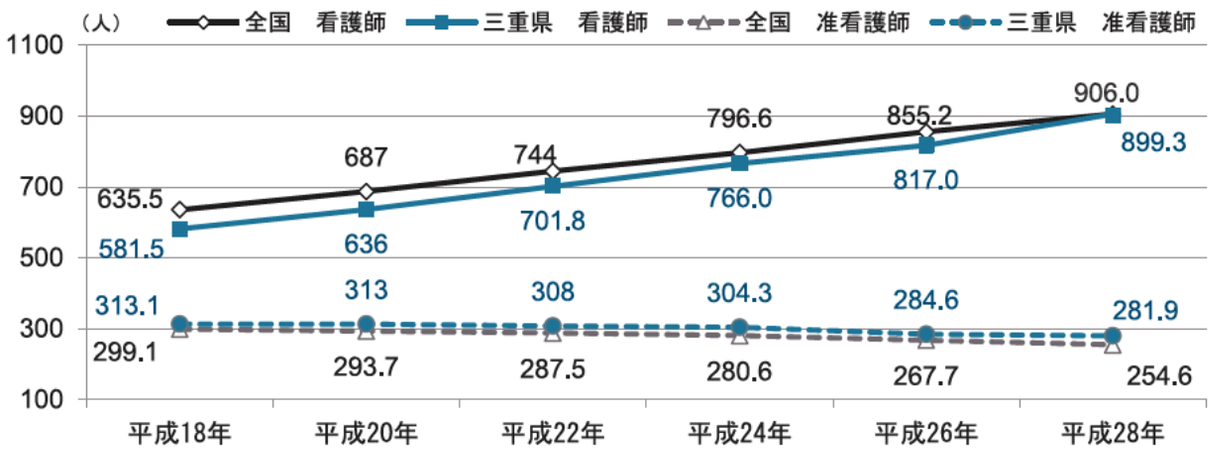
（単位：人）

区　分	看護師		准看護師	
	実人数	人口 10 万人あたり	実人数	人口 10 万人あたり
全　国	1,149,953	906.0	323,146	254.6
三重県	16,259	899.3（34）	5,096	281.9（28）

※（　）内は全国順位です。

資料：三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」
全国数値、全国順位は、厚生労働省「平成28年衛生行政報告例」の三重県数値を上記数値に置き換えて、独自に算出

図表 4-2-9　看護師・准看護師数の推移(人口 10 万人あたり)



資料：厚生労働省「平成18年～26年 衛生行政報告例」、三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」
平成28年全国数値は、厚生労働省「平成28年衛生行政報告例」の三重県数値を上記数値に置き換えて、独自に算出

○ 平成 25（2013）年度に本県で実施した医師看護師需給状況調査によると、医療介護の需要がさらに高まることが予想される平成 37（2025）年においても、看護師・准看護師数（常勤換算）は 687 人の不足となっており、平成 47（2035）年においても依然として 182 人の不足が見込まれています。

図表 4-2-10　三重県における看護師・准看護師(常勤換算)需給見通し(平成 22 年～47 年)

（単位：人）

区　　分	平成 22 年	平成 27 年	平成 32 年	平成 37 年	平成 42 年	平成 47 年
需　要　量	16,519	17,418	18,023	18,501	18,649	18,539
供　給　量	16,519	17,219	17,143	17,814	18,146	18,357
不　足　数	0	199	880	687	503	182
需給ギャップ	0%	−1%	−5%	−4%	−3%	−1%

資料：三重県「医師看護師需給状況調査（平成25年12月）」

○ 看護師、准看護師ともに、就業場所は病院が最も多く、平成 28(2016)年では看護師は 11,172 人と全体の 68.7%、准看護師は 1,559 人と全体の 30.6％を占めています。平成 24（2012）年の数値と比較すると、病院の増加が 864 人と最も多く、次いで介護保険施設等が 340人、訪問看護ステーションが 202 人、無床診療所が 158 人となっています。 一方、有床診療所では、178 人の減少となっています。

図表 4-2-11　就業場所別看護師・准看護師数

（単位：人）

		総数	病院	診療所		助産所	訪問看護ステーション	介護保険施設等	社会福祉施設	学校養成所等	保健所	市町村	事業所	その他
				有床	無床									
平成24年	合計	19,694	11,867	763	2,832	2	505	2,711	428	241	20	66	149	110
	看護師	14,095	9,913	331	1,398	2	451	1,305	222	239	15	52	101	66
	准看護師	5,599	1,954	432	1,434		54	1,406	206	2	5	14	48	44
平成28年	合計	21,355	12,731	585	2,990	1	707	3,051	565	271	8	125	163	158
	看護師	16,259	11,172	283	1,618		619	1,632	347	271	8	96	94	119
	准看護師	5,096	1,559	302	1,372	1	88	1,419	218			29	69	39

資料:厚生労働省「平成24年 衛生行政報告例」、三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」

○ 構想区域別の人口 10 万人あたりの看護師数は、津区域で 1,261.0 人、松阪区域で1,026.6 人と全国平均を上回っていますが、それ以外の区域では下回っています。准看護師数は、特に東紀州区域で 529.5 人と多くなっています。看護師、准看護師を合わせた数では、津区域で 1,521.5 人、松阪区域で1,371.1人と多く、伊賀区域で954.9人、鈴亀区域で1,014.4 人、三泗区域で 1,040.2 人と少ない状況です。

図表 4-2-12　構想区域別の看護師、准看護師数（人口 10 万人あたり）

（単位：人）

区域	看護師	准看護師	看護師および准看護師
全　国	906.0	254.6	1,160.5
三重県	899.3	281.9	1,181.1
桑員区域	806.9	276.0	1,082.9
三泗区域	817.4	222.8	1,040.2
鈴亀区域	790.0	224.4	1,014.4
津区域	1,261.0	260.5	1,521.5
伊賀区域	737.0	217.9	954.9
松阪区域	1,026.6	344.5	1,371.1
伊勢志摩区域	822.4	382.9	1,205.3
東紀州区域	824.1	529.5	1,353.5

資料：三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」
全国数値は、厚生労働省「平成28年衛生行政報告例」の三重県数値を上記数値に置き換えて、独自に算出
構想区域別の数は三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在）から算出

○ 本県の看護職員の養成については、平成 29（2017）年度現在、看護系大学４か所、助産師養成所１か所、看護師養成所（３年課程）11 か所、高等学校専攻科（５年一貫）１か所、准看護師養成所１か所の計 18 か所で実施されており、入学定員は全体で 955 人となっています。平成 29（2017）年度に入学する看護師等学校養成所の受験者は 3,203 人で、そのうち合格者は 1,383 人、競争率は 2.3 倍になっています[4]。

[4] 出典：厚生労働省「平成 29 年度　看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」

○ 平成 28（2016）年度の看護師等学校養成所の卒業生は、本県全体で 831 人であり、そのうち看護師・准看護師として 736 人が就業し、うち 557 人が県内に就業しています。県内就業率は 75.7%と、全国平均の 74.7%とほぼ同水準にあります。

○ 平成 28（2016）年度の看護師養成所（３年課程）の退学率は、14.0%であり、全国平均の 9.8%に比べて高い状況です[5]。

図表 4-2-13　看護師等学校養成所数、1学年定員数

（単位：か所、人）

区　分	養成所数		1学年定員	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全　国	1,473	1.2	79,966	63.0
三重県	18	1.0	955	52.8

資料：厚生労働省「平成 29 年度 看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」
総務省「平成 28 年人口推計」

図表 4-2-14　看護師等学校養成所の卒業者数、卒業者に占める就業看護師・准看護師数

（単位：人、%）

区　分	卒業者数		卒業者のうち看護師・准看護師として就業した人数				
	実数	人口 10 万人あたり	総数	人口 10 万人あたり	卒業者数に占める割合	うち県内就業者	
						総数	卒業者数に占める割合
全　国	67,392	53.1	56,454	44.5	83.8	42,168	74.7
三重県	831	46.0	736	40.7	88.6	557	75.7

資料：厚生労働省「平成29年度 看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」（卒業者は平成28年度の数）
総務省「平成28年人口推計」

○ 日本看護協会が実施した病院看護実態調査によると、本県の病院における常勤看護職員の離職率は、平成 24（2012）年度以降は毎年９%台で推移しており、全国平均と比較して低くなっています。また、新卒看護職員の離職率も、全国平均と比較して低くなっています。

図表 4-2-15　病院の常勤・新卒看護職員離職率の推移

（単位：%）

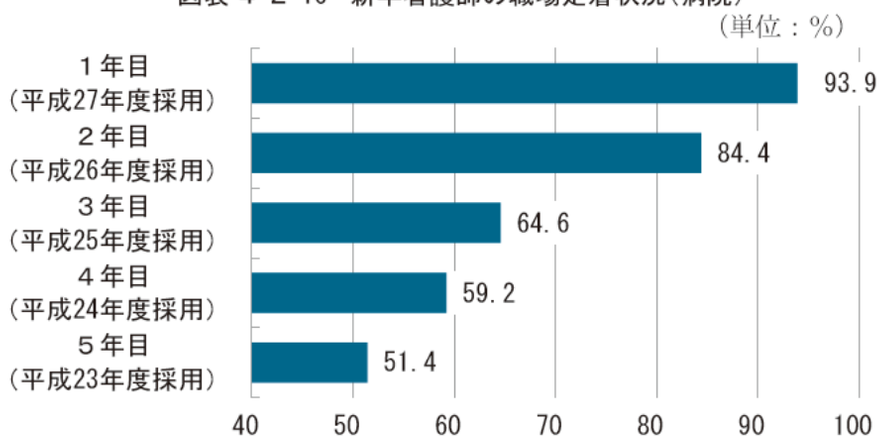
	区　分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
常勤看護職員	全　国	10.9	11.0	11.0	10.8	10.9
	三重県	8.7	9.6	9.7	9.3	9.8
新卒看護職員	全　国	7.5	7.9	7.5	7.5	7.8
	三重県	4.1	7.3	4.6	5.9	5.5

資料：日本看護協会「病院看護実態調査」

○ 平成 28（2016）年度に県看護協会が実施した病院看護実態調査によると、新卒看護師の病院における職場定着率は、採用１年目では 93.9%ですが、採用５年目では 51.4%に減少しています。

[5] 出典：厚生労働省「平成 29 年度　看護師等学校養成所入学及び卒業生就業状況調査」

図表 4-2-16　新卒看護師の職場定着状況（病院）



資料：三重県看護協会「平成 28 年度 病院看護実態調査」

○ 平成 27（2015）年 10 月から始まったナースセンター*への免許保持者の届出制度*により把握した情報をもとに、再就業支援など看護職員確保対策を強化するため、平成 27（2015）年 12 月に、三重県ナースセンター四日市サテライトを開設しました。

図表 4-2-17　三重県ナースセンターによるナースバンク*（無料職業相談）等実績

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	単位
求人相談件数	4,183	4,198	4,247	5,514	件（延）
求職相談件数	5,804	5,048	7,611	10,209	件（延）
就業者数※	417	455	494	612	人（延）
届出制度による届出数	—	—	336	638	人（実）

※イベント救護等による就業者数を含みます。

資料：ナースバンク事業報告

○ 平成 26（2014）年８月に、医療の高度化や専門化に対応できる質の高い看護職員の養成と県内の看護職員供給体制、確保対策を総合的に検討することを目的に、「三重県看護職員確保対策検討会」を設置し、「人材確保対策」「定着促進対策」「資質向上対策」「助産師確保対策」の４つの視点から検討を行い、取組の方向性を体系的に整理しました。

○ 看護分野における国際的な視野を持ったリーダーの育成等を図るため、平成 27（2015）年度から英国の病院への派遣研修を実施し、平成 29（2017）年度までの３年間で 15 名の看護職員を派遣しました。

○ 平成 28（2016）年 10 月に、三重県プライマリ・ケアセンターを県立一志病院に設置し、三重大学に委託して、多職種連携により地域でプライマリ・ケア*を実践できる看護師の育成を行っています。

(2) 課題

○ 看護師数は増加傾向にありますが、全国と比較すると低い水準にあります。また、医師看護師需給状況調査によると、平成 47（2035）年においても不足状況は改善されない見通しであり、看護師の確保は喫緊の課題です。
○ 訪問看護ステーションや、介護保険施設、社会福祉施設等に勤務する看護師は増加傾向にありますが、地域包括ケアシステムの推進にあたり、今後、多くの需要が見込まれるため、看護師の確保をさらに進める必要があります。
○ 看護師を志望する学生を確保するため、看護の魅力について普及啓発することが必要です。また、少子化により労働人口が減少する中、定年退職した看護師が活躍できる仕組みづくりが必要です。
○ 医療・介護・福祉・保健を担う質の高い看護師を養成するため、看護基礎教育の充実を図る必要があります。
○ 三重県ナースセンターにおける求人・求職相談件数は増加していますが、実際の就業者数は微増に留まっていることから、求人・求職のマッチング率を高める必要があります。
○ 出産や子育て、介護等の理由で退職した看護師の復職を支援する取組が必要です。
○ 短時間勤務や時差勤務制度など多様な勤務形態の導入や、夜勤・交代制勤務の負担軽減等、看護師の勤務環境を改善するための取組が重要です。
○ 子育てをしながら、看護師としての就労が継続できるよう、病院内保育所の整備が必要です。
○ 医療技術の高度化、患者の高齢化・重症化、在院日数の短縮化が進む中、患者本位の医療を実現するために、質の高い看護を提供できる人材の育成が求められています。
○ 看護師の離職防止のため、働きがいを感じながら、着実にキャリア形成ができるよう、職場における支援や研修体制の充実が必要です。
○ 在宅医療を含む地域包括ケアシステムを推進するため、看護師においては多職種と連携しながら患者のケアを中心的に担うことが求められています。また、必要に応じて褥瘡のケア、脱水時の輸液等の医療ケアを医師の判断を待たずに適切に提供することができる看護師（特定行為研修*修了者）についても育成を図る必要があります。
○ 看護師の勤務環境改善やキャリア支援の取組の推進者である看護管理者（看護部長や看護師長等）の資質向上を図る必要があります。

(3) めざす姿

○ 質の高い看護師の確保・育成や勤務環境改善の取組などにより看護師の不足が解消され、高度急性期から在宅医療、また介護・福祉分野など幅広い領域においてよりよい看護が提供されています。

(4) 取組方向

取組方向１：看護師の養成・確保
取組方向２：勤務環境改善等による看護師の定着促進
取組方向３：看護師の資質の向上

(5) 取組内容

取組方向１：看護師の養成・確保

○ 少子化の進行等により、今後、看護師等学校養成所の入学者の確保が困難になることが想定されることから、看護の魅力についての普及啓発や、病院における高校生等の看護体験学習の支援、進路相談会の開催等、入学者の確保対策に取り組みます。（医療機関、養成機関、看護協会、県）

○ 看護師の養成にかかる教育体制を充実するため、民間の看護師等学校養成所の運営を支援します。（県）

○ 県内外の看護師等学校養成所で学ぶ学生を対象とした修学資金の貸付制度により、県内に勤務する看護師の確保を図ります。（医療機関、養成機関、市町、県）

○ 免許保持者の届出制度により把握した情報をもとに、きめ細かな情報発信や就業相談等を行うとともに、再就業への不安を軽減するための復職支援研修を実施し、潜在看護師の再就業を促進します。（看護協会、県）

○ 県広報などさまざまな広報手段を積極的に活用して、ナースバンクへの求職・求人登録者数の増加を図ります。（看護協会、関係機関、県）

○ 医療依存度の高い入所者の増加に伴い、介護福祉現場で働く看護師の確保を図ります。（看護協会、関係機関、県）

○ 地域包括ケアシステムの推進を担う人材として、定年退職した看護師が活躍できる仕組みについて検討します。（看護協会、県）

○ 看護師の確保対策を効果的に進めていくために、就業場所や地域ごとの偏在の度合いに応じた目標や目標達成に向けた施策について検討を行います。（県）

取組方向２：勤務環境改善等による看護師の定着促進

○ 育児や介護と両立しながら働き続けることができるよう、勤務環境の改善を進めます。（医療機関、医師会、看護協会、県）

○ 子育てをしながら働き続けることができるよう、病院内保育所の設置を促進します。（医療機関、県）

○ 看護師の働く意欲を維持し、職場定着を支援するため、研修体制の充実を図ります。（医療機関、看護協会、県）

○ 三重県ナースセンターにおいて、勤務環境相談窓口の設置やアドバイザー派遣など、県内の医療機関等における離職防止対策の取組を支援します。（医療機関、看護協会、関係機関、県）

○ 医療勤務環境改善支援センターや「女性が働きやすい医療機関」認証制度を活用し、医療機関の主体的な勤務環境改善の取組を促進します。（医療機関、医師会、県）

○ 三重県ナースセンターと医療勤務環境改善支援センターとの連携強化により、医療機関の勤務環境改善の取組を効果的に支援します。（医療機関、医師会、看護協会、県）

取組方向３：看護師の資質の向上

○ 質の高い看護師を養成するため、県内の看護師等学校養成所等と連携し、看護教員や実習指導者の資質向上に取り組み、看護基礎教育の充実を図ります。（医療機関、養成機関、看護協会、県）

○ 県看護協会等と連携し、看護師が最新の技術および知識を習得し、より質の高い看護を提供できるよう研修体制の一層の充実を図ります。（医療機関、看護協会、関係機関、県）

○ 看護師のキャリア支援や勤務環境改善に向けて取り組むことができるよう、研修や情報交換の機会を設け、看護管理者の資質の向上を図ります。（医療機関、看護協会、関係機関、県）

○ 県内の関係大学等と連携を図りながら、看護職員の海外派遣研修を実施するなど人材育成の取組を進めます。（関係機関、県）

○ 地域包括ケアシステムの推進のため、訪問看護師やプライマリ・ケアが実践できる看護師を育成します。（三重大学、医療機関、看護協会、関係機関、県）

○ 在宅医療の質を向上させるため、特定行為ができる看護師の育成について、関係機関と調整を図りながら取組を進めます。（医療機関、看護協会、関係機関、県）

４．保健師

（1）現状

○ 本県の保健師の従事者数（実人数）は、平成 18（2006）年の 559 人から平成 28（2016）年は 681 人へと増加していますが、人口 10 万人あたりでは 37.7 人(全国で 38 位)で、全国平均 40.4 人を下回っています。就業場所を見ると、市町に従事する保健師が最も多く、全体の 65.8%を占めています。

○ 保健師は、所定の専門教育を受け、保健指導や健康教育、地区活動などを通じて個人・家族・地域に働きかけ、疾病の予防や健康増進など公衆衛生活動を行う地域看護の専門家です。

○ 保健師の主な活動領域は、保健所、保健センター等で保健行政に従事する地域保健と、企業の産業保健スタッフとして勤務する産業保健、学校等で学生と教職員の心身の健康保持に努める学校保健等があります。

○ 少子高齢化の進展に伴う社会環境や疾病構造の変化の中で、生活習慣病対策の充実や介護予防、在宅医療の推進などにより、地域保健の保健師に求められる活動領域は、医療、介護、福祉等に拡大しています。

○ 増加傾向にある児童虐待やこころの問題、感染症や災害などの健康危機に関して、専門的な対応を行う保健師への期待が高まっています。

図表 4-2-18　就業場所別保健師数

（単位：人）

就業場所	総計	病院	診療所	保健所	市町	学校養成所等研究機関	事業所	その他
平成18年	559	17	10	68	379	21	30	34
平成20年	626	37	12	84	379	17	44	53
平成22年	561	18	6	64	377	19	42	35
平成24年	627	28	6	82	389	21	76	25
平成26年	645	14	12	62	439	13	66	39
平成28年	681	27	12	65	448	19	52	58

資料：厚生労働省「平成18～26年衛生行政報告例」、三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」

(2) 課題

○ 活動領域の拡大に伴い、保健師の確保および適正な配置が必要です。
○ 多様な健康課題や健康危機に対応できる、高い専門性を有する保健師の育成が求められています。
○ 保健師活動に伴う専門的な知識や技術の維持・伝承ができるよう、人材育成の体制について養成機関や市町、県が連携し検討することが必要です。

(3) めざす姿

○ 生活習慣病等の予防やこころの問題などの健康課題、健康づくりの総合的な推進および大規模災害等の健康危機管理にも対応できる、高い専門性を有する保健師が養成・確保されています。

(4) 取組方向

取組方向１：保健師の養成・確保
取組方向２：効果的な保健活動を行うための適正配置の促進
取組方向３：保健師の資質の向上

(5) 取組内容

取組方向１：保健師の養成・確保

○ 県内の看護系大学等と連携して、卒業生の県内就業を促進します。（養成機関、県）
○ 保健師をめざす学生が保健所や市町、産業保健等における地域看護学実習を円滑に受けられるよう支援するなど、保健活動に関する教育の充実を図ります。（養成機関、関係機関、市町、県）
○ 三重県ナースセンターと連携し離職時の届出制度の周知を行い、潜在保健師の把握に努めます。（看護協会、市町、県）

取組方向２：効果的な保健活動を行うための適正配置の促進

○ 多様化する健康課題等に対し効果的な保健活動を展開するため、保健師の適正配置に努めます。（市町、県）

取組方向３：保健師の資質の向上

○ 生活習慣病等の予防やこころの問題などの健康課題、健康づくりの総合的な推進および健康危機管理にも対応できる保健師を育成するため、専門研修を実施するとともに、技術的支援を行います。（市町、県）

○ 総合的な健康づくりのための保健・医療・福祉・産業等の関係機関とのネットワークづくりや、包括的な地域支援システムの構築を推進するため、保健師のコーディネート*能力の向上に努めます。（関係機関、市町、県）

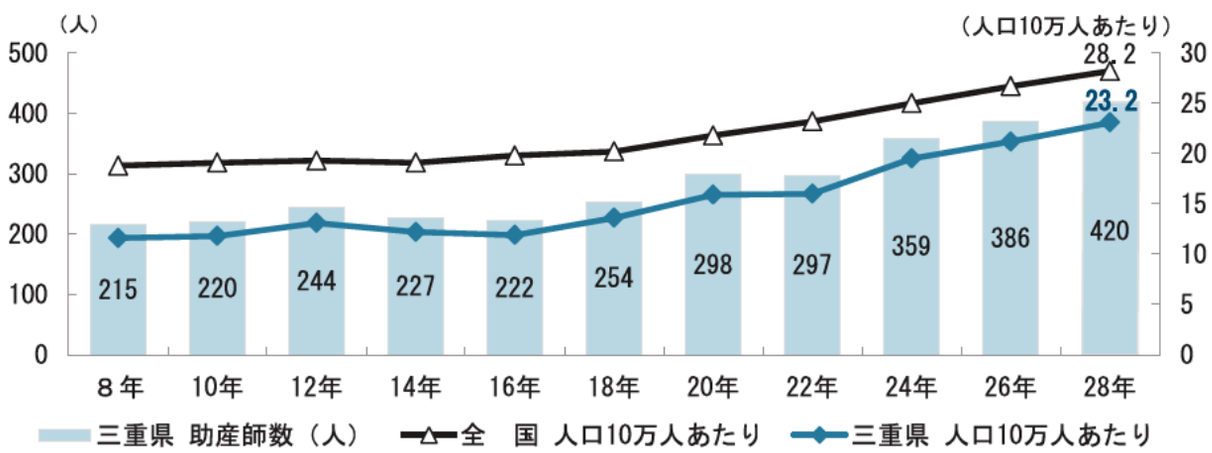
○ 保健師の人材育成体制について、検討会等において関係機関等と連携しながら取り組みます。各保健所においても、現場における人材育成の課題と対応策等について、管内の関係者による連絡会等で検討を行い、体制づくりを進めます。（養成機関、関係機関、市町、県）

5．助産師

（1）現状

○ 本県の助産師数（実人数）は、近年では最も少なかった平成８（1996）年の 215 人から、平成 28（2016）年には 420 人に増加していますが、人口 10 万人あたりの助産師数は 23.2 人と全国平均 28.2 人を下回っています。

図表 4-2-19　助産師数（実人数）および人口 10 万人あたり助産師数の推移



資料：厚生労働省「平成8年～平成26年衛生行政報告例」、三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」
平成28年全国数値は、厚生労働省「平成28年衛生行政報告例」の三重県数値を上記数値に置き換えて、独自に算出

○ 構想区域別の人口 10 万人あたりの助産師数は、津区域が 43.4 人、三泗区域が 29.5 人と全国平均を上回っていますが、それ以外の区域では下回っています。特に東紀州区域では 8.5 人と少ない状況です。

図表 4-2-20　構想区域別の助産師数（人口 10 万人あたり）

（単位：人）

区域	助産師
全　国	28.2
三重県	23.2(43)
桑員区域	22.0
三泗区域	29.5
鈴亀区域	17.0
津区域	43.4
伊賀区域	15.5
松阪区域	16.5
伊勢志摩区域	13.0
東紀州区域	8.5

※（　）内は全国順位です。

資料：三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」
全国数値、全国順位は厚生労働省「平成28年衛生行政報告例」の三重県数値を上記数値に置き換えて、独自に算出
構想区域別の数は三重県「月別人口調査」（平成28年10月1日現在）から算出

○ 平成 28 (2016) 年における本県の出生場所別の出生数は、病院が 5,934 件と全体の 45.0%、診療所が 7,014 件と全体の 53.1%となっています。一方で、平成 28（2016）年度における助産師の主な就業場所は、病院が 249 人と全体の59.3％、診療所が 105 人と全体の25.0％となっており、就業場所の偏在がみられます。

図表 4-2-21　出生場所別出生数

（単位：人、%）

	病院	診療所	助産所	自宅・その他	総数
数	5,934	7,014	235	19	13,202
割合	45.0	53.1	1.8	0.1	100.0

資料：厚生労働省「平成28年　人口動態調査」

図表 4-2-22　就業場所別助産師数

（単位：人）

	総計	病院	診療所	助産所	市町	学校養成所等研究機関	事業所	その他
平成 18 年	254	149	69	15	1	19	－	1
平成 20 年	298	179	77	16	7	17	－	2
平成 22 年	297	168	89	18	6	16	－	－
平成 24 年	359	195	110	23	4	24	2	1
平成 26 年	386	214	113	25	8	24	1	1
平成 28 年	420	249	105	25	13	26	0	2

資料：厚生労働省「平成18年～平成26年衛生行政報告例」、三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」

○ 平成 29（2017）年における分娩取扱施設数は、病院が 14 か所、診療所が 21 か所、助産所が 6 か所となっています。また、病院や診療所内で助産師が行う「助産師外来*」等が、近年増加傾向にあります。

図表 4-2-23　分娩取扱施設数

（単位：か所）

	病院	診療所	助産所	再掲	
				院内助産 *所	助産師外来
平成 23 年	14	25	2	0	9
平成 24 年	15	24	3	0	9
平成 25 年	15	24	3	0	11
平成 26 年	—	—	—	—	—
平成 27 年	15	24	3	1	病院　12 診療所　5
平成 28 年	14	21	6	1	病院　9 診療所　5
平成 29 年	14	21	6	1	病院　11 診療所　6

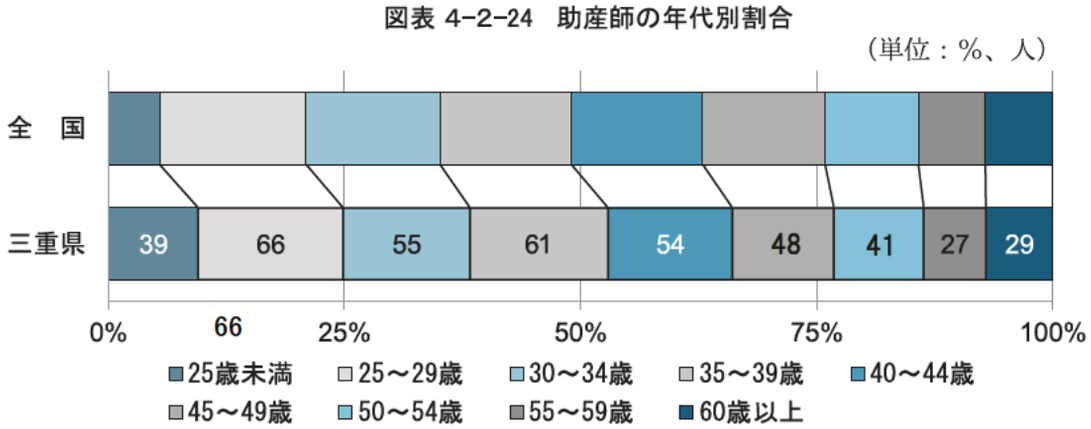
※平成26年は調査を実施していません。

資料：三重県調査

○ 助産師の年代別割合を見ると、20 代の助産師の割合が 25.0％と全国平均 20.9％に比べて高くなっています。

図表 4-2-24　助産師の年代別割合

（単位：％、人）

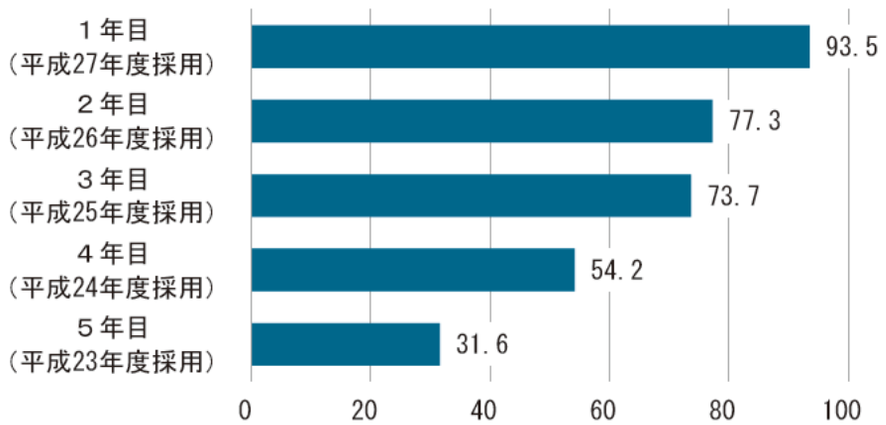


資料：三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」
全国数値は、厚生労働省「平成28年衛生行政報告例」の三重県数値を上記数値に置き換えて、独自に算出

○ 平成 28（2016）年度に県看護協会が実施した病院看護実態調査によると、新卒助産師の病院における職場定着率は、採用 1 年目では 93.5％ですが、採用 5 年目では 31.6％に減少しています。

図表 4-2-25　新卒助産師の職場定着状況（病院）

（単位：%）



資料：三重県看護協会「平成 28 年度 病院看護実態調査」

○ 近年、助産業務や妊産褥婦・新生児の保健指導のみならず、思春期から更年期に至るまでの女性のライフサイクルに合わせた相談など、助産師の役割は広がっています。

○ 平成 21（2009）年９月に助産師の養成・確保および資質向上について検討することを目的に「三重県助産師養成確保に関する懇話会」を設置しました。

○ 助産師の就業場所や就業地域の偏在解消と助産実践能力の向上を目的に、平成 28（2016）年度から「助産師出向支援導入事業 *」を開始し、平成 29（2017）年度までの２年間で４組の取組実績がありました。

(2) 課題

○ 分娩を取り扱う産科診療所等においては助産師が不足しており、その確保が急務となっています。

○ 助産師の職場定着率は、採用後の年数の経過につれて低くなっており、定着率を向上させる取組が必要です。

○ 多様化する助産師業務に対応していくための資質向上に向けた取組が必要です。

(3) めざす姿

○ 県内の助産師不足が解消され、助産師が自立して専門性を発揮することにより、安心・安全な出産ができる体制が構築されています。

(4) 取組方向

取組方向１：助産師の養成・確保
取組方向２：助産師の定着促進
取組方向３：助産師の資質の向上

(5) 取組内容

取組方向１：助産師の養成・確保

○ 県内の看護系大学や助産師養成所と連携し、助産師の養成と県内就業を促進するとともに、県看護協会や県助産師会と連携し、潜在助産師の再就業の支援に取り組みます。（養成機関、看護協会、関係機関、県）

○ 助産師修学資金貸付制度により、県内に勤務する助産師の確保を図ります。（医療機関、養成機関、県）

○ 「助産師養成確保に関する懇話会」において、県内の看護系大学および助産師養成所における養成力の強化や臨地実習機関の充実に向けた検討を進めるなど、関係機関が連携して、助産師の養成・確保に取り組みます。（医療機関、養成機関、医師会、看護協会、関係機関、県）

○ 助産師の就業場所や就業地域の偏在解消および助産実践能力の向上のため、助産師出向システム*の定着を図ります。（医療機関、看護協会、関係機関、県）

取組方向２：助産師の定着促進

○ 助産師の職場定着率が向上するよう、研修体制や勤務環境等の改善を図ります。（医療機関、看護協会、関係機関、県）

取組方向３：助産師の資質の向上

○ 助産師外来など専門性を生かした助産師業務の推進に向け、関係機関との連携により助産師の資質向上を図るため、新人および中堅助産師のそれぞれの経験に応じた研修会を実施します。（医療機関、医師会、看護協会、関係機関、県）

○ 周産期死亡率の改善のため、多職種との連携を深め、周産期医療や看護の知識・技術を得ることを目的とした研修会を実施します。（医療機関、医師会、関係機関、県）

６．管理栄養士・栄養士

(1) 現状

○ 管理栄養士の免許は、栄養士の免許を有する者が管理栄養士国家試験を受けて取得します。

○ 管理栄養士は、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導や、個人の体の状況、栄養状態等に応じた高度な専門的知識および技術を要する健康保持増進のための栄養指導、病院等の施設利用者の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食管理、これらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行います。

○ 平成 29（2017）年３月末現在、県内の特定給食施設 *に従事する管理栄養士は 630 人、栄養士は 534 人です[6]。

○ 平成 26（2014）年度から平成 28（2016）年度の県内の栄養士養成施設の卒業生が県内に栄養士として就業している割合は、約４割にとどまっています[7]。

[6] 出典：三重県調査

[7] 出典：三重県調査

○ 平成 29（2017）年 6 月 1 日現在、市町には、保育や福祉分野に従事する栄養士も含め、28 市町に管理栄養士が 61 人、栄養士が 17 人配置されています[8]。

(2) 課題

○ 住民に対して円滑に栄養相談や栄養指導を行っていくためには、さらなる管理栄養士・栄養士の配置が必要です。
○ 高齢化が急速に進行する中、県民の生活習慣病を予防するためには、ライフステージに応じた栄養指導等を行っていくことが重要です。
○ 病院に勤務する管理栄養士は、患者の状態と栄養補給法の検討・評価を行い、輸液と食事を合わせたトータルバランスを把握するなど、より高い専門性が必要です。
○ 医療の高度化に伴い、高い専門性を有する管理栄養士の育成が必要です。

(3) めざす姿

○ ライフステージに沿った適切な栄養指導を行うことができるよう、地域の各職域において管理栄養士・栄養士が配置されています。
○ 多様化する住民ニーズに的確に対応するため、管理栄養士・栄養士の資質の向上に向けた研修体制が整備されています。

(4) 取組方向

取組方向１：管理栄養士・栄養士の配置促進
取組方向２：管理栄養士・栄養士の人材育成

(5) 取組内容

取組方向１：管理栄養士・栄養士の配置促進

○ 管理栄養士・栄養士の市町への就業を促進するため、助言・支援を行います。（栄養士会、県）
○ 「健康増進法 *」に基づいて特定給食施設に管理栄養士・栄養士の配置が促進されるよう、指導・助言を行います。（県）

取組方向２：管理栄養士・栄養士の人材育成

○ 高度化した医療に対応できる専門性の高い管理栄養士を確保するため、資質の向上のための研修を実施します。（栄養士会、県）
○ 管理栄養士・栄養士が保健・医療・福祉など各職域で活躍できる人材として養成されるよう、各養成施設との連携を強化します。（養成機関、栄養士会、県）

[8] 出典：三重県調査

7．理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

(1) 現状

○ 理学療法士（ＰＴ；Physical Therapist）は、加齢や事故などにより発生した身体機能障がいや、循環器・呼吸器・内科・難病疾患等の身体的な障がいのある人に対して、医師や歯科医師の指示のもと、その基本的動作能力の回復を図ることを目的に、治療体操その他の運動を行わせたり（運動療法）、電気刺激、温熱、寒冷、光線、水、マッサージなどの物理的手段を加えたりします（物理療法）。これらの物理的治療手法による治療を理学療法といいます。

○ 作業療法士（ＯＴ；Occupational Therapist）は、体やこころに障がいのある人などに対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持、開発を促す作業活動を用いて治療・指導・援助を行います（作業療法）。業務内容としては、移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するＡＤＬ*（日常生活動作）訓練、家事、外出等のＩＡＤＬ*（手段的日常生活動作）訓練、福祉用具の使用等に関する訓練、退院後の住環境への適応訓練、発達障がいや高次脳機能障がい等に対するリハビリテーションがあります。

○ 言語聴覚士（ＳＴ；Speech-Language-Hearing Therapist）は、音声機能、言語機能、摂食・嚥下機能、または聴覚に障がいのある人に対し、その機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査、助言、指導その他の援助を行います（言語聴覚療法）。

○ 高齢化に伴う疾病構造の変化により、リハビリテーションへの需要が高まっており、理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数ともに増加しています[9]。

○ 平成 28（2016）年 10 月１日現在、県内の病院における就業者数は、非常勤従事者を常勤換算した分を含めると、理学療法士 731.6 人、作業療法士 465.8 人、言語聴覚士 149.3 人となっています[10]。また、病院以外にも介護保険施設等に多くの理学療法士、作業療法士および言語聴覚士が就業しています。

○ 県内の理学療法士養成校は、大学１校（定員 40 人）、専門学校２校（定員 80 人）であり、作業療法士養成校は専門学校１校（定員 40 人）です。

(2) 課題

○ 高齢化に伴い、リハビリテーションの需要増が見込まれるため、今後も理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の養成を図る必要があります。

○ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、日々進歩する医療技術やリハビリテーション技術などに対応できるよう、生涯にわたる研修体制を充実させていくことが必要です。

(3) めざす姿

○ 医療機関等に必要な理学療法士、作業療法士および言語聴覚士が確保され、進歩する医療技術やリハビリテーション技術に対応できる生涯研修体制が充実しています。

[9] 出典：厚生労働省「平成 28 年 病院報告」
[10] 出典：厚生労働省「平成 28 年 病院報告」

(4) 取組方向

取組方向：生涯研修体制の充実

(5) 取組内容

取組方向：生涯研修体制の充実

○ リハビリテーション技術の進歩等に対応するため、県理学療法士会や県作業療法士会、県言語聴覚士会を中心に行われる生涯研修への取組を支援します。(養成機関、医療関係団体、県)

8. 救急救命士

(1) 現状

○ 救急救命士は、救急現場や救急車内等において、傷病者に対して気道の確保、心拍の回復などの救急救命処置を行います。また、救急業務における教育指導体制を充実させること等、救急業務全般の質を向上させるため、指導救命士（指導的立場の救急救命士）を養成しています。

○ 平成 16（2004）年以降、救急救命士は、医師の指示のもとで心肺機能停止状態にある傷病者に対して気管挿管（気管内チューブを使った気道確保）や薬剤（アドレナリン）の投与といった医療行為が行えるようになり、平成 26（2014）年４月からは心肺機能停止前の重度傷病者に対しても救急救命処置の範囲が拡大されており、その重要性はますます高まっています。

図表 4-2-26　県内の救急救命士数および指導救命士数

（単位：人）

救急救命士数	指導救命士数
518	61

資料：三重県（防災対策部）調査（平成29年４月１日現在）

(2) 課題

○ 救急車により搬送された患者の生存率と社会復帰率の向上のために、救急隊１隊に常時救急救命士１人が配置されることが必要です。

○ 救急救命士が実施できる処置の拡大に伴い、救急救命士の資質の向上が必要です。

(3) めざす姿

○ プレホスピタル・ケア*の主な担い手である救急救命士を数多く養成し、救急隊１隊に常時１人が配置されています。

○ 指導救命士制度およびメディカルコントロール体制*のもと、救急救命士の資質が向上しています。

(4) 取組方向

取組方向１：救急救命士の養成・確保
取組方向２：救急救命士の資質の向上

(5) 取組内容

取組方向１：救急救命士の養成・確保

○ 全都道府県が共同で設立した救急振興財団救急救命士養成所に毎年研修生を派遣します。（消防機関、県）

○ 養成所を卒業した研修生は病院実習が必要なため、研修受入れ病院との密接な連携体制を維持し、スムーズな病院実習の実施を図ります。（医療機関、消防機関、市町、県）

取組方向２：救急救命士の資質の向上

○ 救急業務の高度化の推進と質の向上のため、気管挿管等の特定行為を行うために必要とされる講習や病院実習を的確に受講させるとともに、指導救命士制度を活用し、有資格者に対する再教育制度の充実を図ります。（医療機関、消防機関、関係機関、市町、県）

９．歯科衛生士

(1) 現状

○ 歯科衛生士は、歯科診療所等において歯および口腔の疾患の予防処置や歯科診療の補助、歯科保健指導等に従事します。

○ 平成 28（2016）年末における本県に就業している歯科衛生士は 1,939 人で、92.5%が歯科診療所に勤務しています。

○ 平成 26（2014）年末における歯科医師１人あたりの歯科衛生士数は 1.4 人ですが、東紀州医療圏の歯科衛生士数は 0.95 人と１人以下になっています[11]。

○ 県内の歯科衛生士養成学校は３校で、四日市市、津市、伊勢市にあります。

図表 4-2-27　就業場所別歯科衛生士数

（単位：人）

就業場所	総数	保健所	市町村	病院	診療所	介護老人保健施設	事業所	歯科衛生士学校または養成所	その他
平成 20 年	1,446	0	11	50	1,362	2	10	11	0
平成 22 年	1,545	0	10	61	1,436	4	5	12	17
平成 24 年	1,619	1	9	62	1,518	4	4	13	8
平成 26 年	1,621	－	9	59	1,508	5	10	15	15
平成 28 年	1,939	－	8	79	1,793	3	7	16	33

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」

[11] 出典：三重県「三重県衛生統計年報」（平成 26 年）

(2) 課題

○ 全身の健康の保持増進のために、多くの県民に歯科疾患の予防処置や歯科保健指導が十分に行われるよう、歯科診療所をはじめとして病院、介護施設、事業所などへの歯科衛生士の配置が必要です。
○ 行政機関に勤務する歯科衛生士が少ないことから、歯科口腔保健の推進に関する企画、事業の実施、評価等を進めるために、歯科口腔保健の専門職としての歯科衛生士の配置が望まれます。
○ 歯科衛生士の人材確保の対策として、離職している歯科衛生士の再就職支援を行う必要があります。
○ 歯科医療の高度化や、高齢者や障がい児（者）などの専門的な歯科保健医療に対応できる歯科衛生士の育成が必要です。
○ 地域包括ケアシステムにおいて、歯科医療を包括的な視点からとらえ他職種と連携を図ることができる歯科衛生士の育成が必要です。

(3) めざす姿

○ 県民に対する歯科疾患の予防処置や歯科保健指導が充実するよう、多くの歯科診療所等に歯科衛生士が配置されています。
○ 歯科保健医療に対する知識や技術が提供できるよう、歯科衛生士の資質向上に向けた研修体制が整備されています。

(4) 取組方向

取組方向１：歯科衛生士の養成・確保
取組方向２：歯科衛生士の人材育成

(5) 取組内容

取組方向１：歯科衛生士の養成・確保

○ 歯科診療所等での歯科衛生士の就業が促進されるよう、三重県立公衆衛生学院において歯科衛生士を養成するとともに、離職している歯科衛生士の再就職への支援を行います。（歯科医師会、歯科衛生士会、県）

取組方向２：歯科衛生士の人材育成

○ 歯科保健医療に対する高度な知識や技術を持つ歯科衛生士を育成するために研修を実施します。（歯科医師会、歯科衛生士会、県）
○ 歯と口腔の健康づくりの啓発等を行う歯科衛生士を「みえ８０２０運動推進員」として登録するとともに、登録者への研修を実施し、資質の向上を図ります。（歯科医師会、県）

１０．その他医療関係従事者

(1) 現状

○ 高齢化や医療技術の進歩等に伴い、医療ニーズは高度化・多様化し、質・量ともに高まっています。

(2) 課題

○ 医療に関するさまざまな専門職の確保と資質向上の取組が求められています。

(3) 取組内容

○ 養成施設、医療関係団体、医療機関、行政など、さまざまな関係機関が連携して人材の確保と資質の向上を図ります。

図表 4-2-28　医療関係者の職務内容および三重県における従事者数

職　種	職務内容	従事者数
歯科技工士	歯科技工所や歯科診療所等において、入れ歯、差し歯、金冠、矯正装置等の製作、修理などを行います。	県内の歯科技工所等に513人が従事
診療放射線技師 診療Ｘ線技師	医療機関や検診センター等において放射線を用いた検査や治療の補助を行います。	県内の病院に診療放射線技師549.7人、診療Ｘ線技師2.0人が従事
衛生検査技師 臨床検査技師	衛生検査技師は、病院の検査室や衛生検査所において、微生物学的検査、血清学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査、生化学的検査等の検体検査を行います。 臨床検査技師は、これらに加えて心電図検査、脳波検査等の生理学的検査を行います。	県内の病院に臨床検査技師720.7人、衛生検査技師0.8人が従事
臨床工学技士	人工呼吸器、人工心肺、ペースメーカー、血液透析装置等の生命維持装置の操作および保守点検を行います。	県内の病院に273.6人が従事
医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）	関係機関や関係職種と連携し、患者の抱える経済的、心理的、社会的な問題の解決に向けた調整を行います。また、地域包括ケアシステムの構築にも参加します。	県内の病院に190.9人が従事（医療社会事業従事者および社会福祉士）
精神保健福祉士（ＰＳＷ）	精神病院で治療を受ける精神障がい者や、社会復帰の促進を目的とする施設を利用する精神障がい者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練を行います。	県内の病院に124.0人が従事
あん摩マッサージ指圧師	施術所等において、あん摩、マッサージ、指圧を行います。	県内の施術所等に817人が従事
はり師	施術所等において、はりによる施術を行います。	県内の施術所等に1,029人が従事

きゅう師	施術所等において、きゅうによる施術を行います。	県内の施術所等に990人が従事
柔道整復師	施術所等において、打撲・捻挫に対する施術と、骨折・脱臼に対する応急手当を行います。	県内の施術所等に472人が従事

※歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師および柔道整復師の従事者数は実人数です。
※その他の職種の従事者数は常勤従事者数および非常勤従事者を常勤換算した数の合計です。

資料：厚生労働省「平成28年 衛生行政報告例」、厚生労働省「平成28年 病院報告」

第３節｜医療提供体制の整備

１．医療提供体制の現状

（1）現状

① 医療機能の明確化および連携の強化

○ 県内の医療機関数のうち、一般診療所については、緩やかな増加傾向にありますが、病院については平成 14（2002）年をピークに、歯科診療所については平成 21（2009）年をピークに減少傾向にあります。

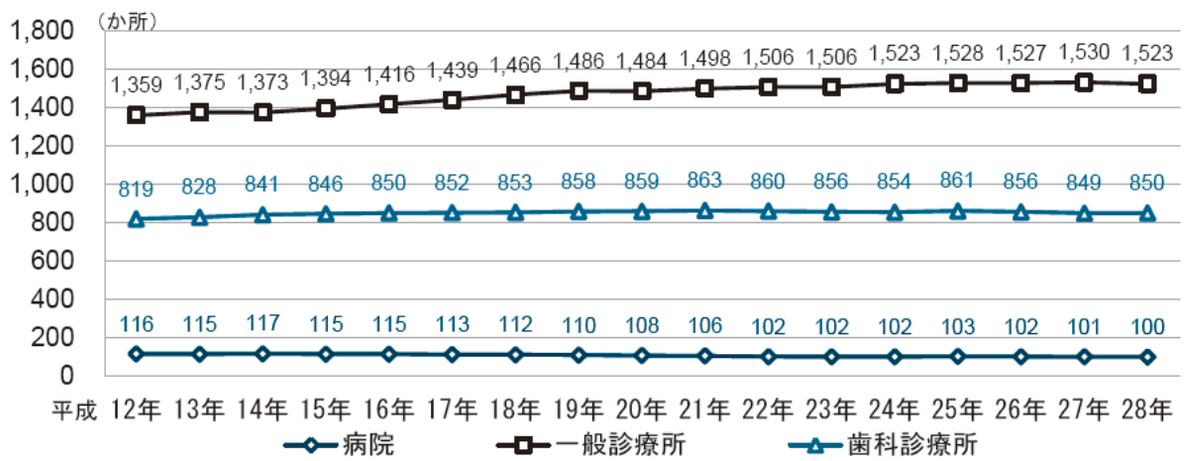
○ 県内の各医療圏・構想区域における医療機関の設置状況はさまざまであり、三泗区域・津区域など比較的多くの医療機関が設置されている地域では、同じような機能を持つ医療機関が競合しています。一方、東紀州医療圏のように医療機関が少ない地域では、一部の診療科の対応や医療機能を隣接した地域の医療機関に依存しているケースがあり、地域間の医療提供体制に差が生じています。

○ 医師や看護師など医療従事者の不足により、一部の医療機関では特定の診療科を休止したり、診療体制を縮小したりするなどの対応を余儀なくされており、地域間の医療提供体制の差はますます拡大する傾向にあります。

○ 急速な高齢化やそれに伴う疾病構造の変化、ＱＯＬ*（生活の質）の向上を重視した医療への期待の高まりなどにより、小児、周産期を含む救急医療対策やがん、脳卒中などの各疾病対策の一層の充実に加えて、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活が送れるよう、在宅医療提供体制の充実を図ることが重要となっています。

○ 本県では、三重県広域災害・救急医療情報システム「医療ネットみえ*」による休日夜間応急診療所案内や、医療機関の機能別の検索等の情報提供等を行い、効果的な受診を促進しています。しかし、かかりつけ医・歯科医やかかりつけ薬局を持たない患者の多くは、自らの疾病の状況を十分に把握できていないこともあり、軽症にも関わらず、大きな病院で受診する傾向にあります。その結果、これらの病院では、機能を十分に発揮することができず、救急応需にも支障が出るなど、深刻な影響が出ています。

図表 4-3-1 県内の医療施設数の推移



資料：厚生労働省「医療施設調査」

② 医療機能に関する情報提供の推進

○ 医療機関は、自らの医療機能に関する情報を県に報告することが義務づけられており、県は、その情報を「医療ネットみえ」などを通じて県民に提供しています。

○ 「医療ネットみえ」には、平成 29（2017）年３月 31 日現在で県内医療機関の約 98.9%にあたる 2,440 施設が参加しており、平成 28（2016）年度は、204,220 件のアクセスがありました。

③ 医療情報の提供と開示の促進

○ 医療機関においては、入退院時に、医師が入退院計画書を作成し、患者に交付・説明を行うこととなっています。

○ 近年、診断・治療にあたってのインフォームド・コンセント*がより重要となっています。

○ 個人の診療記録等については、本人の請求があった場合、原則、開示することとされています。そのため、重要な個人情報が掲載されている診療記録の管理を適切に行うことが必要です。

２．課題および今後の取組

(1) 課題

① 医療機能の明確化および連携の強化

○ 限られた医療資源を有効に活用することができるよう、高度で専門的な医療をはじめとする医療機能の集約化・重点化や、病床の機能分化を進め、地域の状況をふまえた医療提供体制を構築していく必要があります。

○ 医療機関においては、他の医療機関との機能分担を明確にして、自らの機能を十分に発揮していくとともに、患者の症状の変化に応じた適切な治療を行うために、個人情報の取扱いに留意しつつ、診療に必要な患者の情報を他の医療機関等と共有し、連携することが重要です。

○ こうした医療機関とその関連機関の緊密な連携により、急性期 *から在宅療養に至るまで、切れ目のない医療サービスを提供できる体制を構築していく必要があります。

② 医療機能に関する情報提供の推進

○ 患者が自らの症状に応じて適切に医療機関を受診できるよう、医療機能に関する情報提供を充実させるとともに、適切な受療行動に関して、県民に対し啓発する必要があります。

○ 患者は、症状に応じた適切な治療を受けることができるよう、かかりつけ医・歯科医や、かかりつけ薬局を持ち、医師・歯科医師や薬剤師等の指示に従って行動することが求められます。

③ 医療情報の提供と開示の促進

○ 患者が安心、納得して治療を受けられるよう、診療記録の開示をはじめ患者にわかりやすい医療情報の提供やインフォームド・コンセント、セカンドオピニオン*等が求められています。

○ 今後、より患者の視点に立った医療の提供を進めるためには、医療機関等から適切な情報が提供されることで、患者自らが医療機関や治療方針を選択できることが必要であり、医療機関においても、より安全で質の高い医療を安定して提供することが求められています。

○ 広告規制の緩和、公的な情報提供の整備、情報開示ルールの定着等と相まって、医療機関に関する比較可能な情報の提供と開示を進めることが求められています。

(2) めざす姿

○ 高度で専門的な医療をはじめとする医療機能の集約化・重点化や、病床の機能分化が進められ、地域の限られた医療資源が有効に活用されています。

○ 医療機関が、その機能に応じて役割分担を明確にし、緊密な連携のもとで患者の情報を共有して、急性期から在宅療養に至るまでの切れ目のない良質で効率的な医療を提供できる体制が構築されています。

○ 県民が、かかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局を持ち、医療機関から情報が十分に提供されることにより、県民と医療従事者との信頼関係のもと、納得した医療が行われています。また、医療機関がホームページ等を通じて機能、役割分担等の情報を積極的に公開することにより、患者自らが症状に応じて医療機関を選択して受診するなど、適切な受療行動がとられています。

(3) 取組方向

取組方向１：限られた医療資源を効果的に活用していくための医療機能の集約化・重点化の推進

取組方向２：医療機関が患者の症状に応じた適切な医療サービスを切れ目なく提供していくための医療機能の明確化と連携の促進

取組方向３：県民の適切な受療行動につながるかかりつけ医等の普及、医療機能分化に関する啓発および医療情報提供体制の充実

(4) 取組内容

取組方向１：限られた医療資源を効果的に活用していくための医療機能の集約化・重点化の推進

○ 地域における医療資源に応じて医療機能の集約化や病床の機能分化を進めることにより、医療提供体制の維持、充実を図ります。（医療機関、市町、県）

○ 地域において高度で専門的な医療を提供する拠点を確保するため、特定の医療機関における医療機能の重点化を推進します。（医療機関、市町、県）

取組方向２：医療機関が患者の症状に応じた適切な医療サービスを切れ目なく提供していくための医療機能の明確化と連携の促進

○ 医療機関が、自らの機能と役割を明確化し、地域医療連携推進法人制度を活用するなど、他の医療機関との機能分担と連携を図ることにより、良質で効率的な医療を提供できる体制整備を進めます。（医療機関）
○ 医療機関は、個人情報の取扱いに留意しつつ、他の医療機関や薬局、関係機関との診療情報の共有を行い、地域連携クリティカルパスの活用などにより患者の症状に応じた医療サービスが切れ目なく提供されるよう、相互に連携して取り組みます。（医療機関、関係機関）
○ 地域医療支援病院は、かかりつけ医・歯科医等から紹介を受けた患者に対する医療の提供や医療機器等の共同利用のほか、必要な医療を提供した患者に対し、その病状に応じて紹介元の医療機関など適切な医療機関を紹介し、その後の医療を確保するなど、相互連携の強化、機能分化に取り組みます。（地域医療支援病院、医療機関）
○ 医療機関やその関係機関が地域において緊密に連携し、できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活が送れるよう、患者のニーズをふまえた在宅医療サービスの提供体制整備を進めます。（医療機関、市町、関係機関、県）

取組方向３：県民の適切な受療行動につながるかかりつけ医等の普及、医療機能分化に関する啓発および医療情報提供体制の充実

○ かかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局を持つことの必要性について、県民に対する普及啓発の取組を進めます。（医療機関、関係機関、県）
○ 医療機関が提供する医療サービスの内容や役割を明確にして、県民に対して医療機能に関する情報提供を行います。（医療機関、関係機関、県）
○ 「医療ネットみえ」において、県内全ての医療機関の必要な情報を患者の視点に立ってわかりやすく掲載するとともに、内容の充実に努めます。（医療機関、関係機関、県）
○ インフォームド・コンセントやセカンドオピニオンによる医療を促進するため、医療関係団体等と連携し、県民および医療機関に広く制度を周知し、患者の医療に対する主体的な参加を支援します。（県民、医療機関、医療関係団体、市町、県）
○ 診療記録等については、適切な管理を行うとともに、開示にあたっては、個人情報保護法および厚生労働省や日本医師会の診療情報の提供に関する指針をふまえ、対応します。（医療機関、医療関係団体、市町、県）

第４節｜公的病院等の役割

１．三重県における公的病院等の状況

（1）公的病院等の役割

○ 公的病院とは、県や市町および一部事務組合、地方独立行政法人のほか、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等が開設する病院をいいます。また、独立行政法人地域医療機能推進機構の開設する病院（従前の社会保険病院、厚生年金病院等）等も公的役割を担う病院とされています。さらに、独立行政法人国立病院機構や国立大学法人等の国が開設する病院もあります。（以下、本節において、これらの病院を「公的病院等」といいます。）

○ 公的病院等は、地域における中核的な病院として、また、へき地における医療の確保、さらには二次救急 *・三次救急 *医療機関として重要な役割を果たしており、今後も、公的病院等の多くが、地域の中核的な病院として、地域医療の確保に重要な役割を果たしていく必要があります。

（2）現状

○ 平成 29（2017）年 12 月時点の県内の公的病院等は 34 病院、うち公立病院等（県、市町、一部事務組合および地方独立行政法人が開設する病院）は 19 病院となっています。公的病院等の県全体に占める割合は 34.7%、公立病院等の県全体に占める割合は 19.4%です。これらの公的病院等については、それぞれの設置目的に即した機能・役割を担うとともに、地域医療の確保に貢献しています。

○ 平成 28（2016）年 10 月 1 日現在、公的病院等および公立病院等の全病院に占める割合は、全国平均でそれぞれ 18.9%、11.0%で、本県においては全国平均よりも公的・公立病院等の割合が高い状況です[1]。

○ 平成 28（2016）年 10 月 1 日現在、本県の公的病院等の病床数の県内全病床数に占める割合は 48.5%で、全国平均の 29.7%を上回っています。また、このうち公立病院等の病床数の県内全病床数に占める割合は 22.4%で、全国平均の 14.4%を上回っています。

○ 医療保険制度等の各種施策の改革や医療需要の変化などにより、これら公的病院等を取り巻く環境は、大きく変化しています。また、医師不足に伴い診療体制の縮小が余儀なくされるなど、その経営環境や医療提供体制の維持が極めて厳しい状況になっています。とりわけ公立病院等は、民間病院が採算性の問題等で参入しない地域や分野を補い、地域医療を確保する役割があるため、多くが経営的に厳しい状況に置かれています。

○ 県は、県立病院の運営体制を再構築し今後も健全な経営を継続させることを前提に、各病院が県民に良質で満足度の高い医療を安定的かつ継続的に提供することをめざして、県立病院改革の検討を進め、平成 22（2010）年３月に「県立病院改革に関する基本方針」を策定しました。この基本方針に基づき、平成 24（2012）年４月に県立総合医療センターにつ

[1] 出典：厚生労働省「平成 28 年 医療施設調査」

いては地方独立行政法人に移行し、県立志摩病院については指定管理者制度を導入しました。

○ 地方独立行政法人桑名市総合医療センターが開設している３病院の統合や、三重県厚生農業協同組合連合会が開設しているいなべ総合病院と菰野厚生病院が三重北医療センターとして連携を強化していくなど、公的病院等の再編等が進められています。

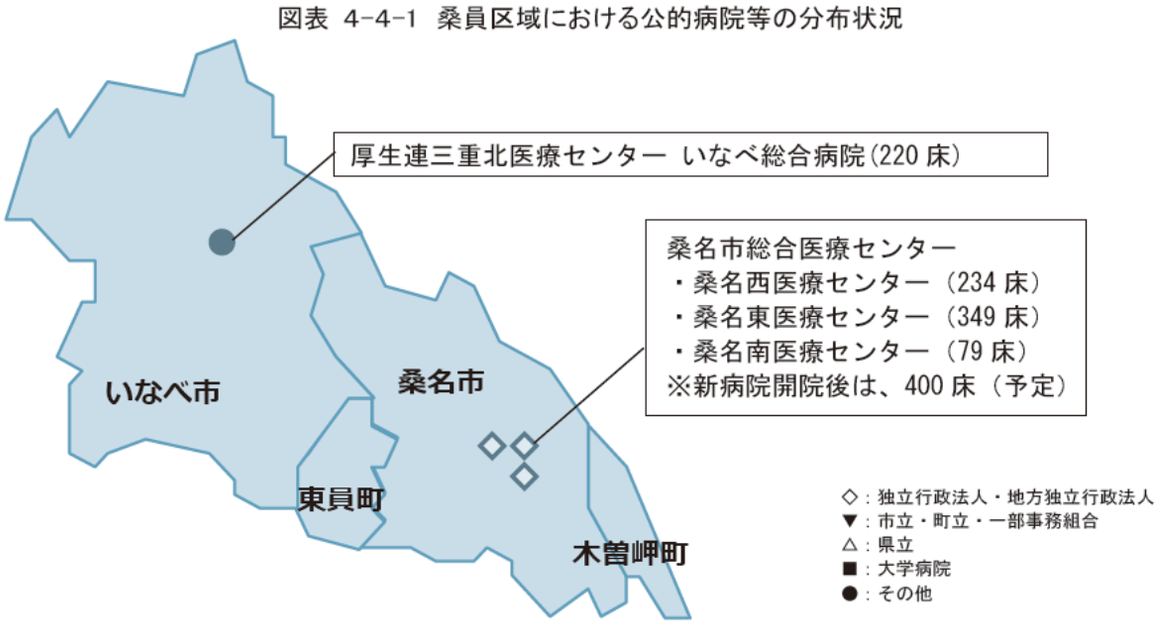
２．圏域別の公的病院等の状況

（1）北勢医療圏

① 桑員区域

○ 桑員区域は２市２町で構成されており、地方独立行政法人桑名市総合医療センター（桑名西医療センター、桑名東医療センターおよび桑名南医療センター：平成 30（2018）年４月に統合して開院予定）、厚生連三重北医療センターいなべ総合病院の４公的病院等が設置されています。

図表 4-4-1 桑員区域における公的病院等の分布状況



資料：三重県調査をもとに作成（以下同）

図表 4-4-2 桑員区域内の公的病院等

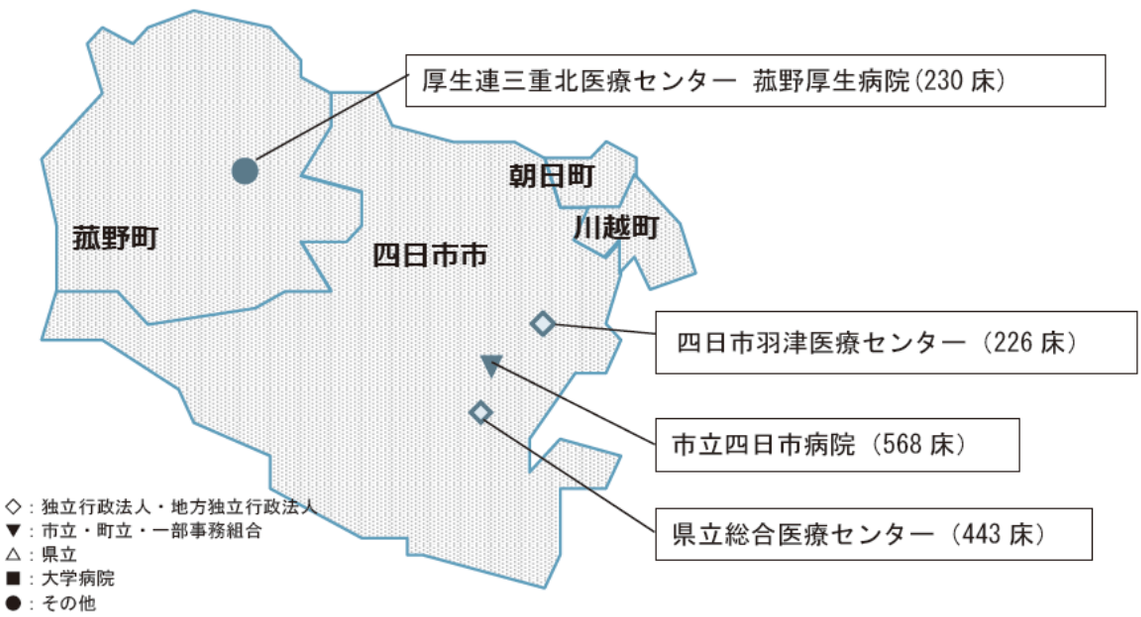
構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
桑員	桑名市	桑名西医療センター	234	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、二次救急＊
		桑名東医療センター	349	がん診療連携病院（H30.4.1～）、二次救急、災害医療支援病院＊
		桑名南医療センター	79	
	いなべ市	厚生連三重北医療センター いなべ総合病院	220	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、がん診療連携病院（H30.4.1～）、二次救急、地域災害拠点病院＊

資料：三重県調査（平成 29 年 12 月）。以下同

② 三泗区域

○ 三泗区域は１市３町で構成されており、市立四日市病院、県立総合医療センター、厚生連三重北医療センター菰野厚生病院、四日市羽津医療センターの４公的病院等があります。

図表 4-4-3 三泗区域における公的病院等の分布状況



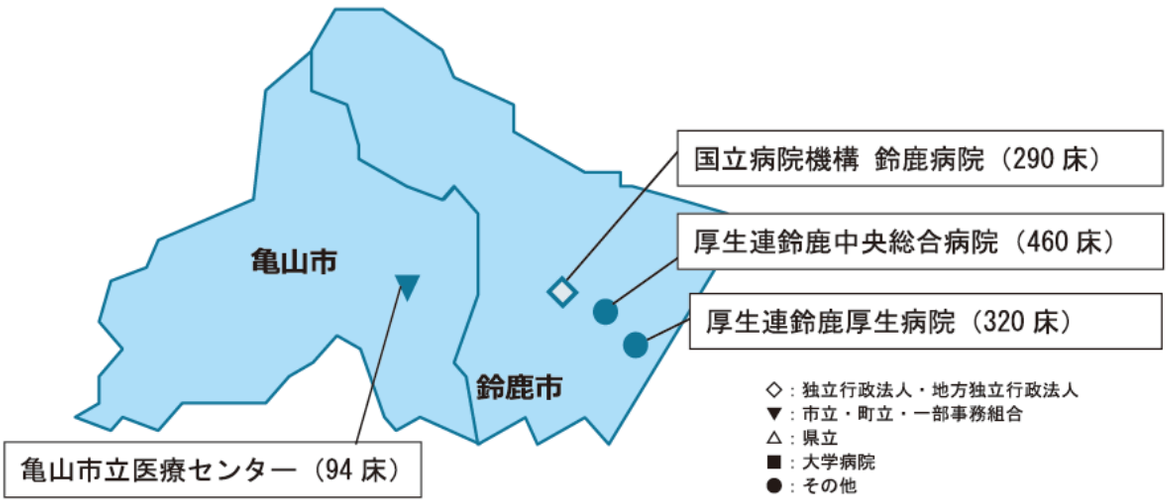
図表 4-4-4 三泗区域内の公的病院等

構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
三泗	四日市市	市立四日市病院	568	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、 がん診療連携準拠点病院（H30.4.1～）、 三次救急・二次救急、地域災害拠点病院 総合周産期母子医療センター* 小児地域医療センター
		県立総合医療センター	443	がん診療連携準拠点病院 三次救急・二次救急 基幹災害拠点病院、へき地医療拠点病院* 地域周産期母子医療センター* 小児地域医療センター
		四日市羽津医療センター	226	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、 がん診療連携病院（H30.4.1～）、 二次救急、災害医療支援病院
	菰野町	厚生連三重北医療センター 菰野厚生病院	230	二次救急、災害医療支援病院

③ 鈴亀区域

○ 鈴亀区域は鈴鹿市、亀山市の２市で構成されており、亀山市立医療センター、国立病院機構鈴鹿病院、厚生連鈴鹿中央総合病院、厚生連鈴鹿厚生病院の４公的病院等が設置されています。

図表 4-4-5 鈴亀区域における公的病院等の分布状況



図表 4-4-6 鈴亀区域内の公的病院等

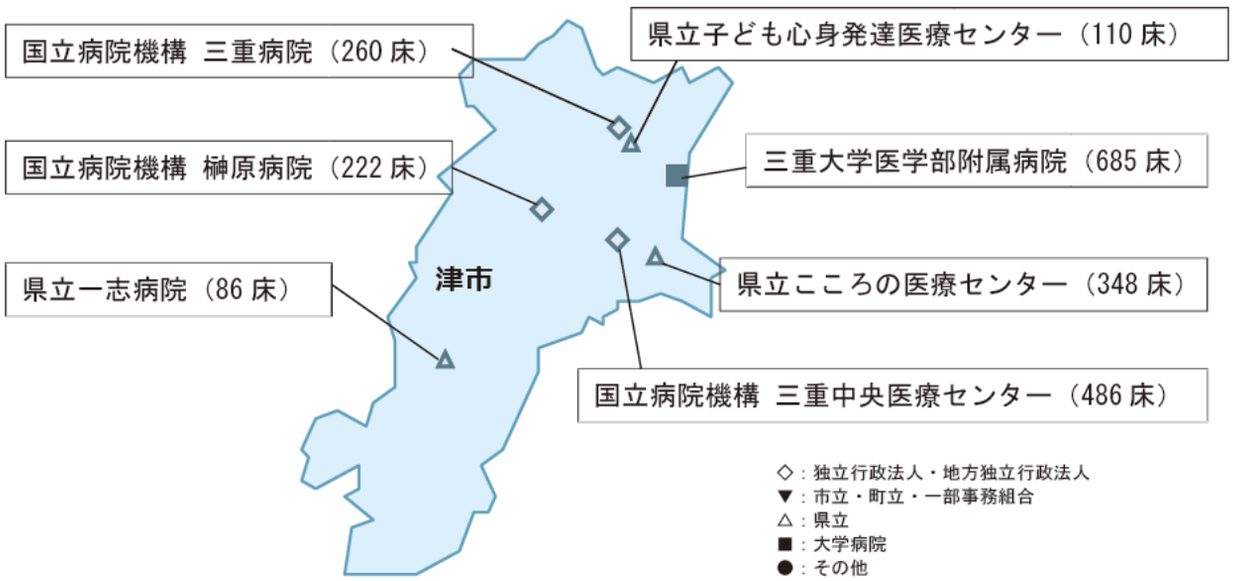
構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
鈴亀	鈴鹿市	厚生連鈴鹿中央総合病院	460	地域がん診療連携拠点病院 二次救急、地域災害拠点病院
		厚生連鈴鹿厚生病院	320	精神科救急
		国立病院機構 鈴鹿病院	290	
	亀山市	亀山市立医療センター	94	二次救急、災害医療支援病院

(2) 中勢伊賀医療圏

① 津区域

○ 津区域は津市のみで構成されており、県立こころの医療センター、県立子ども心身発達医療センター、県立一志病院、三重大学医学部附属病院、国立病院機構三重中央医療センター、国立病院機構三重病院、国立病院機構榊原病院の７公的病院等が設置されています。

図表 4-4-7 津区域における公的病院等の分布状況



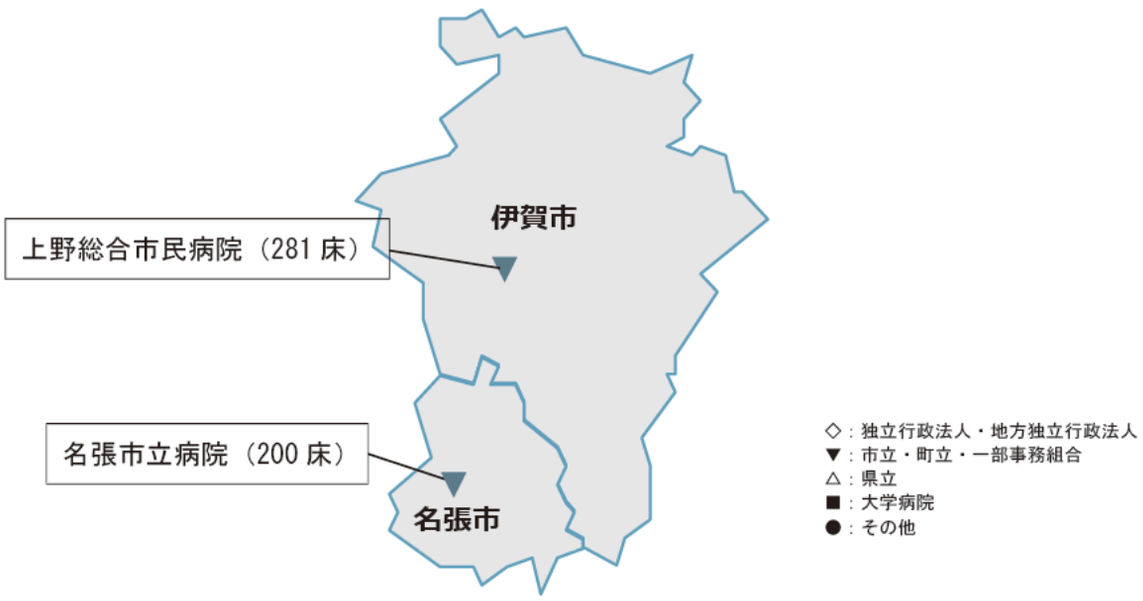
図表 4-4-8 津区域内の公的病院等

構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
津	津市	三重大学医学部附属病院	685	都道府県がん診療連携拠点病院 三次救急、地域災害拠点病院 地域周産期母子医療センター 小児中核病院
		国立病院機構 三重中央医療センター	486	がん診療連携準拠点病院 二次救急、地域災害拠点病院 総合周産期母子医療センター 小児中核病院
		県立こころの医療センター	348	精神科救急
		国立病院機構 三重病院	260	小児救急医療拠点病院 へき地医療拠点病院
		国立病院機構 榊原病院	222	精神科救急
		県立子ども心身発達医療センター	110	
		県立一志病院	86	へき地医療拠点病院

② 伊賀区域

○ 伊賀区域は名張市、伊賀市の２市で構成されており、名張市立病院、上野総合市民病院の２公的病院等が設置されています。

図表 4-4-9 伊賀区域における公的病院等の分布状況



図表 4-4-10 伊賀区域内の公的病院等

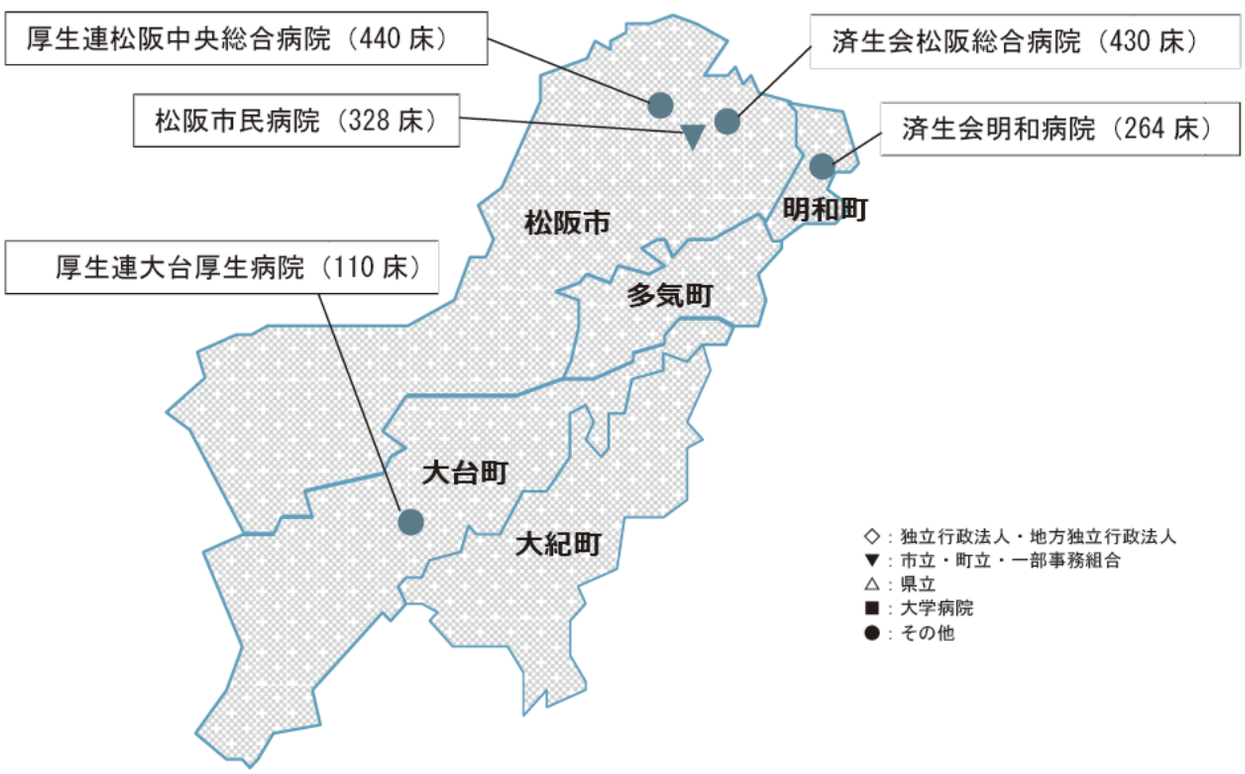
構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
伊賀	名張市	名張市立病院	200	二次救急、地域災害拠点病院
	伊賀市	上野総合市民病院	281	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、がん診療連携病院（H30.4.1～）、二次救急、地域災害拠点病院

(3) 南勢志摩医療圏

① 松阪区域

○ 松阪区域は、１市４町で構成されており、松阪市民病院、厚生連松阪中央総合病院、厚生連大台厚生病院、済生会松阪総合病院、済生会明和病院の５公的病院等が設置されています。

図表 4-4-11 松阪区域における公的病院等の分布状況



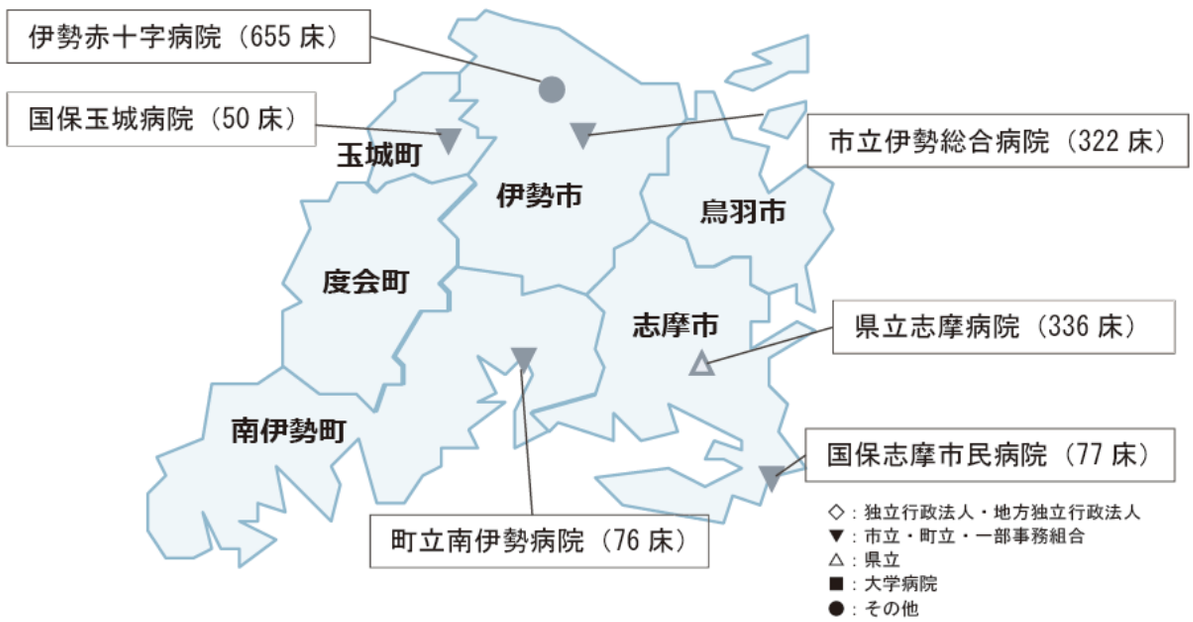
図表 4-4-12 松阪区域内の公的病院等

構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
松阪	松阪市	厚生連 松阪中央総合病院	440	地域がん診療連携拠点病院 二次救急、地域災害拠点病院 小児地域医療センター
		済生会 松阪総合病院	430	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、 がん診療連携病院（H30.4.1～）、二次救急、 地域災害拠点病院、へき地医療拠点病院
		松阪市民病院	328	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、 がん診療連携病院（H30.4.1～）、二次救急、 地域災害拠点病院、へき地医療拠点病院
	明和町	済生会 明和病院	264	
	大台町	厚生連 大台厚生病院	110	

② 伊勢志摩区域

○ 伊勢志摩区域は、３市３町で構成されており、市立伊勢総合病院、国保志摩市民病院、国保玉城病院、町立南伊勢病院、県立志摩病院、伊勢赤十字病院の６公的病院等が設置されています。

図表 4-4-13 伊勢志摩区域における公的病院等の分布状況



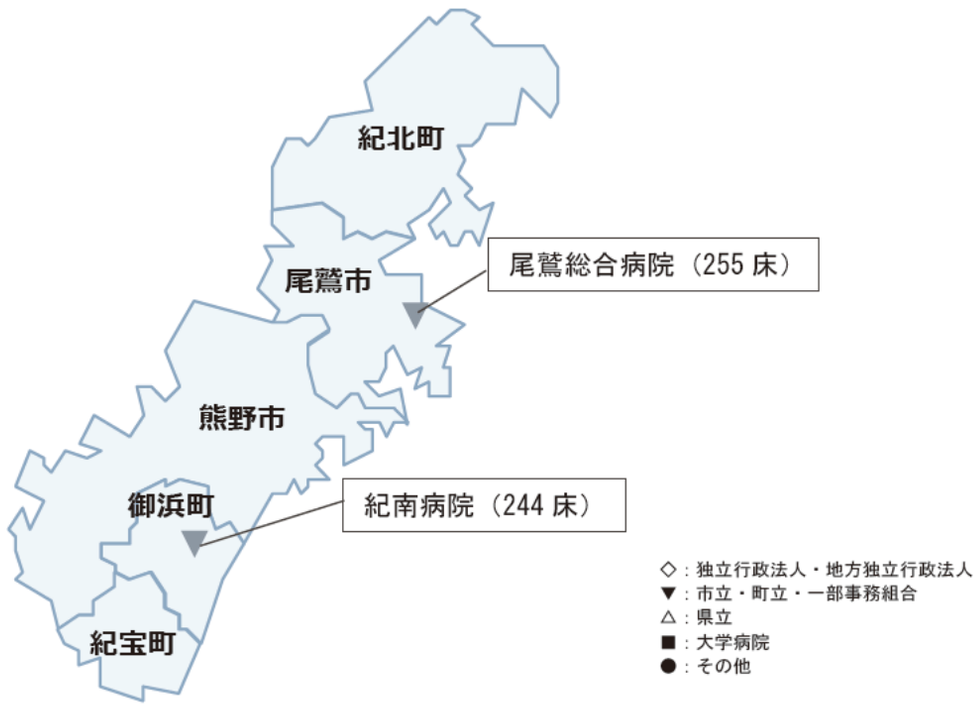
図表 4-4-14 伊勢志摩区域内の公的病院等

構想区域	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
伊勢志摩	伊勢市	伊勢赤十字病院	655	地域がん診療連携拠点病院 三次救急・二次救急、地域災害拠点病院 へき地医療拠点病院 地域周産期母子医療センター 小児地域医療センター
		市立伊勢総合病院	322	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、 がん診療連携病院（H30.4.1～）、 二次救急、災害医療支援病院
	志摩市	県立志摩病院	336	二次救急、地域災害拠点病院 へき地医療拠点病院
		国保志摩市民病院	77	
	玉城町	国保玉城病院	50	
	南伊勢町	町立南伊勢病院	76	

(4) 東紀州医療圏（区域）

○ 東紀州医療圏は、２市３町で構成されており、尾鷲総合病院、紀南病院の２公的病院等が設置されています。

図表 4-4-15 東紀州医療圏(区域)における公的病院等の分布状況



図表 4-4-16 東紀州医療圏(区域)内の公的病院等

医療圏	所在地	医療機関	病床数	主な政策医療
東紀州	尾鷲市	尾鷲総合病院	255	がん診療連携推進病院（～H30.3.31）、がん診療連携病院(H30.4.1～)、二次救急、地域災害拠点病院、へき地医療拠点病院
	御浜町	紀南病院	244	二次救急、地域災害拠点病院 へき地医療拠点病院

3．課題および今後の取組

(1) 課題

○ 公的病院等が過疎地における医療提供、救急・小児・周産期・災害・精神等の不採算となる可能性のある部門に関わる医療の提供、高度・先進医療の提供等、地域において提供すべき医療機能を安定的かつ継続的に提供するためには、持続可能な経営をめざした効率化が求められています。

○ 社会情勢の変化をふまえながら、医療圏ごとに必要な医療提供内容を分析し、全てを一つの病院が担うのではなく、一般診療所を含めた医療機関相互の連携を深め、機能分化や集

約化を行うことで、地域において効率的な医療提供体制が確保されるようにする必要があります。

○ 各医療圏において、公的病院等が救急医療の中心的な役割を果たしていますが、民間病院等においてもその役割を担っている部分があることから、今後も地域の中で連携を強化するとともに、若手医師等の確保を進めることによって、救急医療体制を充実していくことが必要です。

○ 若手医師等の確保につなげるため、公的病院等がそれぞれ特色を持った研修の場となるよう、医師等に対する教育研修の質を高めることが重要です。

○ 医療機関が限られ、提供できる医療機能にも限りがある東紀州医療圏や伊賀区域では、公的病院等を中心に圏域を越えてネットワーク体制を構築・強化する必要があります。

(2) めざす姿

○ 地域において、中核となる公的病院等や民間病院を中心に医療機関相互の連携と機能分担や役割分担が進むとともに、公立病院等が経営の効率化に取り組むことで、セーフティネットとしての役割を含め、地域が必要とする良質で切れ目のない医療サービスが安定的かつ効率的に提供されています。

(3) 取組方向

取組方向：地域の特性に応じた医療機関相互の機能分担と連携

(4) 取組内容

取組方向：地域の特性に応じた医療機関相互の機能分担と連携

○ 過疎地における医療提供、救急・小児・周産期・災害・精神等の不採算となる可能性のある部門に関わる医療の提供等に引き続き取り組むとともに、地域のニーズや地域において担うべき役割等をふまえつつ、国等の政策医療の動向に対応した医療を提供していきます。（医療機関、一部事務組合、市町、県）

○ 住民に対し良質の医療を継続的に提供し、セーフティネットとしての役割を果たしていくためには、病院経営の健全性が不可欠であることから、公立病院等は、経営の効率化に向けて取り組みます。（医療機関、一部事務組合、市町、県）

○ 急性期から在宅療養に至るまで地域において切れ目のない医療サービスが提供されるよう、救急医療をはじめ、公的病院等が今後果たすべき役割をふまえて医療機能の分化や集約化を行うとともに、民間病院等との連携を強化し、効率的な医療提供体制を整備します。また、提供できる医療機能に限りがある地域では、より広域でのネットワーク体制を構築・強化します。（医療機関、一部事務組合、市町、県）

○ 若手医師に対する魅力ある研修環境の提供、勤務医の負担軽減等により、医師確保に取り組みます。（医療機関、一部事務組合、市町、県）

○ 医療従事者に対する知識や技術の向上のための研修体制を充実し、地域の医療水準の向上を図ります。（医療機関、一部事務組合、市町、県）

図表 4-4-17 県内の公的病院等一覧

圏域		所在地		医療機関	病床数	開設者
北勢医療圏						
	桑員区域	1	桑名市	桑名西医療センター	234	地方独立行政法人桑名市総合医療センター
		2	桑名市	桑名東医療センター	349	地方独立行政法人桑名市総合医療センター
		3	桑名市	桑名南医療センター	79	地方独立行政法人桑名市総合医療センター
		4	いなべ市	厚生連三重北医療センター いなべ総合病院	220	三重県厚生農業協同組合連合会
	三泗区域	5	四日市市	市立四日市病院	568	四日市市
		6	四日市市	県立総合医療センター	443	地方独立行政法人 三重県立総合医療センター
		7	四日市市	四日市羽津医療センター	226	独立行政法人地域医療機能推進機構
		8	菰野町	厚生連三重北医療センター 菰野厚生病院	230	三重県厚生農業協同組合連合会
	鈴亀区域	9	鈴鹿市	厚生連鈴鹿中央総合病院	460	三重県厚生農業協同組合連合会
		10	鈴鹿市	厚生連鈴鹿厚生病院	320	三重県厚生農業協同組合連合会
		11	鈴鹿市	国立病院機構 鈴鹿病院	290	独立行政法人国立病院機構
		12	亀山市	亀山市立医療センター	94	亀山市
中勢伊賀医療圏						
	津区域	13	津市	三重大学医学部附属病院	685	国立大学法人三重大学
		14	津市	国立病院機構 三重中央医療センター	486	独立行政法人国立病院機構
		15	津市	県立こころの医療センター	348	県(三重県病院事業管理者)
		16	津市	国立病院機構 三重病院	260	独立行政法人国立病院機構
		17	津市	国立病院機構 榊原病院	222	独立行政法人国立病院機構
		18	津市	県立子ども心身発達医療センター	110	県(知事)
		19	津市	県立一志病院	86	県(三重県病院事業管理者)
	伊賀区域	20	名張市	名張市立病院	200	名張市
		21	伊賀市	上野総合市民病院	281	伊賀市
南勢志摩医療圏						
	松阪区域	22	松阪市	厚生連松阪中央総合病院	440	三重県厚生農業協同組合連合会
		23	松阪市	済生会松阪総合病院	430	社会福祉法人恩賜財団済生会
		24	松阪市	松阪市民病院	328	松阪市
		25	明和町	済生会明和病院	264	社会福祉法人恩賜財団済生会
		26	大台町	厚生連大台厚生病院	110	三重県厚生農業協同組合連合会
	伊勢志摩区域	27	伊勢市	伊勢赤十字病院	655	日本赤十字社
		28	伊勢市	市立伊勢総合病院	322	伊勢市
		29	志摩市	県立志摩病院	336	県(三重県病院事業管理者)
		30	志摩市	国保志摩市民病院	77	志摩市
		31	玉城町	国保玉城病院	50	玉城町
		32	南伊勢町	町立南伊勢病院	76	南伊勢町
東紀州医療圏(区域)		33	尾鷲市	尾鷲総合病院	255	尾鷲市
		34	御浜町	紀南病院	244	紀南病院組合

資料：三重県調査（平成 29 年 12 月）

第１節｜がん対策

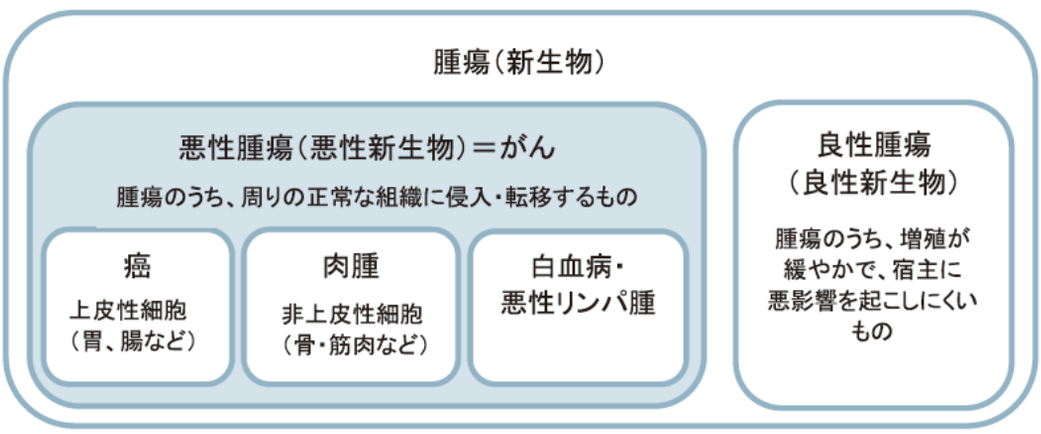
１．がんにおける医療の現状

(1) がんの疫学

○ がんは腫瘍（新生物）と呼ばれる細胞の集団のうち、無秩序に増え続けて周りの正常な組織に侵入（浸潤）していくもので、「悪性腫瘍」または「悪性新生物」とも呼ばれます。平仮名の「がん」は、「癌」や「肉腫」、白血病等の血液悪性腫瘍も含めた広義的な意味で悪性腫瘍をあらわす言葉として使われています。

○ 正常な細胞ががん化すると、血管やリンパ管を通って体の至る所に定着して増殖（転移）します。がんは無制限に増殖して体を消耗させ、臓器を機能不全に陥れます。

図表 5-1-1 がんの概念図



○ 平成 25（2013）年のがん罹患者数は、全国では 862,452 人、本県では 12,047 人となっています。部位別にみると、男性では、胃がん、肺がん、大腸がんが多くなっています。女性では、乳がん、大腸がん、胃がんが多くなっています。全国的にもおおむね同様の傾向です。

図表 5-1-2 三重県における主ながん罹患者数

（単位：人）

	全部位	胃	大腸	肝および肝内胆管	肺	乳房	子宮	前立腺
男　性	7,078	1,298	1,112	406	1,130	8	－	1,001
女　性	4,969	539	799	175	453	1,015	336	－

資料：国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計　2013 年罹患数・率報告」

○ 人口 10 万人あたりのがんの年齢調整罹患率 *は、全国平均の 361.9 に対して本県は 336.0 と低い水準です。

○ がんは加齢により発症リスクが高まるため、今後ますます高齢化が進行することをふまえると、患者数は今後も増加していくと推測されます。

図表 5-1-3 がんの年齢調整罹患率（年齢階級別）（人口 10 万人あたり）

	0～4 歳	5～9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44
全　国	14.3	8.7	8.9	13.8	19.8	38.6	69.0	113.5	202.2
三重県	17.2	13.7	4.5	14.0	16.8	27.4	53.1	105.1	196.1

	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85 歳以上	全年齢
全　国	312.0	454.5	674.7	1010.4	1377.0	1796.4	2145.9	2355.5	2336.9	361.9
三重県	293.0	399.3	612.1	953.5	1264.7	1649.5	2040.7	2304.8	2227.9	336.0

資料：国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計　2013 年罹患数・率報告」

○ わが国の死因別の死亡数を見た場合、がんによる死亡割合が最も高く、平成 28（2016）年には 28.5%と全体の約３割を占めています。死亡数の推移を見ると、昭和 56（1981）年以降はがんによる死亡数が第１位であり、年々増加する傾向にあります[1]。

○ 本県においても、昭和 57（1982）年以降、がんは死因の第１位となっており、平成 28（2016）年には 5,219 人、死亡数の割合で 26.3%の人ががんで死亡しています[1]。部位別死亡数は、肺がん、大腸がん、胃がんが多くなっています。

図表 5-1-4 三重県における主ながん部位別死亡者数

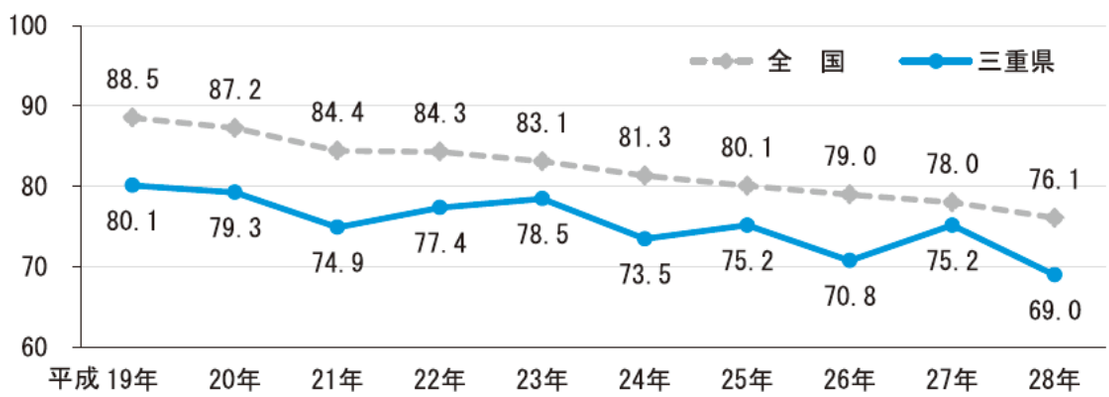
（単位：人）

	全部位	胃	大腸	肝及び肝内胆管	気管、気管支及び肺	乳房	子宮	前立腺
男　性	3,091	450	373	254	826	－	－	142
女　性	2,128	209	334	131	307	184	94	－

資料：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」

○ 人口 10 万人あたりのがんによる年齢調整死亡率（75 歳未満）は、年々減少傾向にあります。本県においては全国平均よりも低い水準で推移しています。

図表 5-1-5 がんによる年齢調整死亡率の推移（75 歳未満）（人口 10 万人あたり）



資料：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

[1] 出典：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」

○ 早期がん発見率（進行度限局の構成比）は、全部位では、全国平均の 45.6 に対して本県は 45.6 と同程度です。部位別では、胃がん、肝がん、肺がん、男性の前立腺がんで限局にとどまっている割合が全国平均より低くなっています。

図表 5-1-6 主ながんの早期がん発見率（進行度限局の構成比）

（単位：%）

	全部位	胃	大腸	肝および肝内胆管	肺	乳房	子宮	前立腺
全　国	45.6	56.2	43.2	60.7	32.5	59.2	56.3	64.1
三重県	45.6	55.0	44.1	59.8	28.8	60.2	60.0	57.0

資料：国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計　2013 年罹患数・率報告」

○ 全がんの５年相対生存率は 65.2%ですが、肺がんは 39.1%、肝臓がんは 38.5%と原発巣による予後の差が大きいことが特徴です。また、臨床病期（ＵＩＣＣ*による）によっても５年相対生存率は大きく変化し、ステージ＊Ⅰでは胃がん、大腸がん等で 90%以上となっていますが、ステージⅣでは胃がん、肝がん、肺がん等で 10%以下となっています。

図表 5-1-7 がん診療連携拠点病院における主ながんの5年相対生存率

（単位：%）

	胃	大腸	肝臓	肺・気管	乳房（女性）	子宮頸部	前立腺
ステージⅠ	95.0	95.5	58.5	80.9	100.0	95.0	100.0
ステージⅡ	68.8	88.5	40.2	47.8	95.7	79.1	100.0
ステージⅢ	42.8	76.5	16.1	20.9	81.6	62.3	100.0
ステージⅣ	9.0	17.5	2.5	4.6	35.2	23.6	59.2
計	70.4	72.6	38.5	39.1	92.7	75.6	97.7

資料：公益財団法人がん研究振興財団「がんの統計’16」

○ がん患者の在宅等（介護老人保健施設、老人ホーム、自宅）での死亡割合は、全国平均の 14.3%に対して 16.5%と高い水準です。

図表 5-1-8 がん患者の在宅死亡割合

（単位：%）

	病院	診療所	介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他
全　国	83.3	1.6	0.7	2.6	11.0	0.8
三重県	81.5	1.0	1.2	3.3	12.0	1.0

資料：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」

○ 本県では、「がん対策基本法」第 12 条第１項に基づき、「三重県がん対策戦略プラン」を県のがん対策推進計画として位置づけ、さまざまな取組を実施しています。平成 30（2018）年度からは、「三重県がん対策推進計画（第４期三重県がん対策戦略プラン）」を展開し、県のがん対策の充実を図ります。

(2) 予防

① がんの１次予防

○ がんと生活習慣との関係や危険因子等の解明が進んだことにより、がんは生活習慣病の一つとされ、その予防も可能になりつつあります。また、新たながん検診の手法や治療法の進歩により、現在では早期に発見すれば治る疾患になりつつあります。

○ がんを誘発する要因には、喫煙および食生活等の生活習慣や肝炎ウイルス等の感染症等さまざまなものがあります。がん発症のリスクを低減させ、がんを予防するには、喫煙しないことやバランスのとれた食事、適度な運動等の生活習慣の改善やウイルス感染予防等が重要となります。

○ がんであっても根治的治療を受け、社会で活躍している人も多いことから、がん検診や肝炎ウイルス検査などを積極的に活用し、がんの予防対策を推進することが重要です。

○ 喫煙率は、全国平均の 19.8%に対して本県は 17.7%と低い水準です。男性では全国平均の 31.1%に対して本県は 29.6%、女性では全国平均の 9.5%に対して本県は 6.9%となっています[2]。

○ 禁煙外来を行っている診療所数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っており、特に南勢志摩医療圏は高い値になっています。一方、禁煙外来を行っている病院数は、各医療圏とも全国平均を下回っています。

図表 5-1-9 禁煙外来を行っている医療機関数

（単位：か所）

二次医療圏	病院		診療所	
	医療機関数	人口 10 万人あたり	医療機関数	人口 10 万人あたり
全　国	2,410	1.9	12,692	10.0
三重県	20	1.1	216	11.9
北勢医療圏	7	0.8	81	9.7
中勢伊賀医療圏	6	1.3	52	11.5
南勢志摩医療圏	7	1.5	72	15.7
東紀州医療圏	0	0	11	15.0

資料：厚生労働省「平成 26 年　医療施設調査」、総務省「人口推計」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月 1 日）

○ ニコチン依存症管理料を算定する患者数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っており、特に南勢志摩医療圏は高い水準になっています。

[2] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」

図表 5-1-10 ニコチン依存症管理料(初回)の算定件数

(単位：件)

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	222,825	173.8
三重県	3,505	188.4
北勢医療圏	1,572	184.6
中勢伊賀医療圏	885	191.8
南勢志摩医療圏	918	195.0
東紀州医療圏	130	170.0

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」(平成 27 年 1 月 1 日現在)

○ 受動喫煙防止対策として「たばこの煙の無い店」促進事業を進めています。平成 28 (2016) 年度末現在 428 店舗が店内を終日禁煙とし、入り口等からたばこの煙やにおいが流入しない店舗として認定を受けています。

○ ハイリスク飲酒者の割合は、男性では全国平均の 14.6%に対して 12.4%、女性では全国平均の 9.1%に対して 7.1%と低くなっています[3]。

○ 運動習慣のある者の割合は、男性では全国平均 35.1%に対して 38.7%、女性では全国平均 27.4%に対して 30.9%と高くなっています[3]。

○ １日あたりの野菜摂取量は、男性では全国平均の 284.2ｇに対して 268.7ｇ、女性では全国平均の 270.0ｇに対して 239.8ｇと低い水準です[4]。

○ １日あたりの食塩摂取量は、男性では全国平均の 10.8ｇに対して 10.7ｇ、女性では全国平均の 9.2ｇに対して 9.0ｇと同程度となっています。

○ 本県における公的肝炎ウイルス検査実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。また、肝炎治療受給者証交付枚数は、インターフェロン*治療、核酸アナログ製剤治療*では人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、インターフェロンフリー治療では人口 10 万人あたりで全国平均を上回っています。なお、平成 26 (2014) 年９月からインターフェロンフリー治療が肝炎治療に対する助成対象に追加されました。

図表 5-1-11 公的肝炎ウイルス検査実施件数

(単位：件)

	B型		C型	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全　国	331,700	258.3	321,307	250.2
三重県	2,308	123.5	2,307	123.4

資料：特定感染症検査等事業（都道府県)、健康増進事業（市町村）（平成 26 年度)、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 26 年 1 月 1 日現在)

[3] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民健康・栄養調査」、三重県「平成 28 年度 県民健康意識調査」

[4] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民健康・栄養調査」

図表 5-1-12 肝炎治療受給者証交付枚数

（単位：件）

	インターフェロン治療		インターフェロンフリー治療		核酸アナログ製剤治療	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全　国	17,411	13.6	19,883	15.5	62,404	48.6
三重県	237	12.7	540	28.9	850	45.5

資料：肝炎対策特別促進事業（平成 26 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 26 年 1 月 1 日現在）

② がんの早期発見

○ がんによる死亡者の減少のためには、科学的根拠に基づくがん検診の実施および精度管理の充実が必要です。「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」では、「胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査による胃がん検診」、「胸部エックス線検査及び喀痰細胞診（高危険群のみ）による肺がん検診」、「便潜血検査による大腸がん検診」、「細胞診による子宮頸がん検診」、「乳房エックス線検査（マンモグラフィ）による乳がん検診」が定められています。

○ 本県のがん検診受診率は、胃がん検診 9.8%、肺がん検診 23.0%、大腸がん検診 30.0%、子宮頸がん検診 54.2%、乳がん検診 37.8%となっています。

○ 早期発見するためにも検診の精度が管理されていることが必要であり、本県では「三重県がん検診精度管理検討委員会」において、検診精度の向上と管理に努めています。

図表 5-1-13 がん検診受診率

（単位：%）

二次医療圏	胃	肺	大腸	子宮頸	乳
全　国	9.3	16.1	19.2	32.0	26.1
三重県	9.8	23.0	30.0	54.2	37.8
北勢医療圏	10.4	14.8	28.8	53.3	42.9
中勢伊賀医療圏	11.3	33.0	30.6	58.6	37.8
南勢志摩医療圏	8.0	28.6	33.9	53.9	23.0
東紀州医療圏	6.9	18.0	19.3	37.8	4.9

資料：厚生労働省「平成 26 年度地域保健・健康増進事業報告」

(3) 治療

① 診断

○ 平成 29（2017）年 7 月現在、がんの確定診断および治療に対応している病院は、98 施設中 46 施設となっています[5]。

○ がん診断において病理診断は非常に重要です。本県における術中迅速病理組織標本の作製件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っていますが、病理組織標本の作製件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。いずれも、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

[5] 出典：三重県調査

図表 5-1-14 病理組織標本の作製件数

（単位：件）

二次医療圏	術中迅速病理組織標本の作製件数		病理組織標本の作製件数	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全　国	148,935	116.1	1,810,288	1,411.8
三重県	2,173	116.8	22,291	1,198.4
北勢医療圏	557	65.4	8,417	988.4
中勢伊賀医療圏	823	178.4	6,486	1,405.8
南勢志摩医療圏	793	168.5	6,944	1,475.3
東紀州医療圏	0	0	444	580.8

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年１月１日現在）

② がん治療

○ 本県のがん医療は、都道府県がん診療連携拠点病院（以下、「県拠点病院」という。）である三重大学医学部附属病院を中心に、地域における拠点である地域がん診療連携拠点病院（以下、「地域拠点病院」という。）および三重県がん診療連携準拠点病院（以下、「準拠点病院」という。）等が連携・協力してがん診療体制の整備を進めています。また、県拠点病院および地域拠点病院（以下、「拠点病院」という。）、準拠点病院を補完する医療機関として、三重県がん診療連携病院（以下、「連携病院」という。）を指定しています。

○ がん治療には、手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法等があり、がんの種類や進行度に応じて、単独またはいくつかの療法を組み合わせた集学的治療*が行われます。

○ がん治療については、学会等が診療ガイドラインを作成し、各医療機関はこれに基づいて地域連携クリティカルパスを作成し、キャンサーボード（がん患者の病態に応じた適切な治療を提供することを目的として医療機関内で行う検討会）で確認しながら治療を進めていきます。

○ がん患者の罹患率や生存率、治療効果等を分析することで、がん対策や医療水準の評価に際しての基礎データを得るために、がん登録を実施しています。がん登録には、主に医療機関が実施主体となり、施設の診療の実態を把握するための「院内がん登録*」と、国が実施主体となり、全国のがん罹患の実態を把握するための「全国がん登録*」があります。全国がん登録は、平成 28（2016）年１月からスタートしています。

○ 日本放射線腫瘍学会が認定する放射線治療専門医は全ての拠点病院に配置されています[6]。

○ 日本臨床腫瘍学会が認定するがん薬物療法専門医が配置されている拠点病院は３か所です。

○ 日本リハビリテーション医学会が認定するリハビリテーション科専門医が配置されている拠点病院は１か所です。

○ 日本看護協会が認定するがん専門看護師は、全ての拠点病院に配置されています。

○ 日本医療薬学会が認定するがん専門薬剤師が配置されている拠点病院は２か所です。

[6] 出典：厚生労働省「がん診療連携拠点病院等現況報告書」（平成 28 年度）

○ 診療ガイドラインに基づく治療実施割合は、乳がんに対する乳房切除術で再発高リスク症例に対する術後放射線療法が 33.3％と最低で、肝がんの肝切除前のＩＣＧ測定が 91.6％で最高でした。これらに全身状態などの患者要因により実施しなかったものおよび高齢を加味すると、９項目中６項目で適切な治療の実施率として 90％以上の結果となりました。一方、乳がんに対する乳房切除術で再発高リスク症例に対する術後放射線療法および臓器横断の催吐高リスク化学療法前の予防制吐剤投与は、適切な治療を加味してもそれぞれ 61.7％、71.7％でした。標準治療を実施するか否かは、ステージや全身状態だけではなくさまざまな要素により判断されます。そのため、これらの結果について解釈することは困難で、今後個別に検討する必要があると考えられます。

図表 5-1-15 がん診療連携拠点病院等における標準診療実施率

（単位：％）

調査した標準治療	未実施理由の加味なし	未実施理由の加味あり	
	実施率	「高齢」を加味せず	「高齢」を加味
胃がん ステージ 2、3 に対する術後 S-1 療法	67.2	92.2	98.8
大腸がん ステージ 3 に対する術後補助化学療法	47.1	85.3	90.2
肺がん（１） ステージ 1～3 の非小細胞肺がんへの手術または定位放射線治療	87.9	98.2	99.2
肺がん（２） ステージ 2、3A 非小細胞がんに対する術後化学療法	44.9	87.8	96.4
乳がん（１） 乳房温存術後の全乳房照射	72.8	93.2	93.2
乳がん（２） 乳房切除後の腋窩リンパ節転移例に対する術後照射	33.3	57.7	61.7
肝がん 肝切除前の ICG15 分停滞率の測定	91.6	－	97.0
臓器横断 催吐高リスク化学療法前の予防制吐剤投与	64.2	－	71.7
臓器横断 外来麻薬処方時の便通対策	66.0	－	80.4

資料：国立がん研究センター「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会ＱＩ研究 2012 年症例解析結果報告書」

○ 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-16 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	12, 699, 482	9, 903. 9
三重県	181, 065	9, 734. 1
北勢医療圏	63, 783	7, 489. 7
中勢伊賀医療圏	56, 773	12, 305. 1
南勢志摩医療圏	55, 862	11, 868. 6
東紀州医療圏	4, 647	6, 078. 4

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

○ 外来化学療法の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏、東紀州医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-17 外来化学療法の実施件数（病院）

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	217, 577	169. 7
三重県	2, 803	150. 7
北勢医療圏	695	81. 6
中勢伊賀医療圏	820	177. 7
南勢志摩医療圏	1, 081	229. 7
東紀州医療圏	207	270. 8

資料：厚生労働省「平成 26 年　医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

○ 放射線治療（体外照射）の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っており、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-18 放射線治療（体外照射）の実施件数

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	222, 334	173. 4
三重県	3, 430	184. 4
北勢医療圏	1, 192	140. 0
中勢伊賀医療圏	1, 077	233. 4
南勢志摩医療圏	1, 039	220. 7
東紀州医療圏	122	159. 6

資料：厚生労働省「平成 26 年　医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

○ 悪性腫瘍手術の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-19 悪性腫瘍手術の実施件数（病院）

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	56,143	43.8
三重県	666	35.8
北勢医療圏	242	28.4
中勢伊賀医療圏	205	44.4
南勢志摩医療圏	208	44.2
東紀州医療圏	11	14.4

資料：厚生労働省「平成 26 年　医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

○ がんの療養においては、治療の影響や症状の進行等により、嚥下（食事を飲み込むこと）や呼吸運動等の日常生活動作に支障をきたすことがあります。これらの障害を軽減するためにリハビリテーションを行っています。

○ がん患者リハビリテーション実施医療機関数は、人口 10 万人あたりで全国平均と同程度ですが、中勢伊賀医療圏では高い水準になっています。

○ がん患者リハビリテーションの実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、南勢志摩医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-20 がん患者リハビリテーション料 *届出医療機関、算定件数

（単位：か所、件）

二次医療圏	がんリハビリテーション料届出医療機関[1]		がん患者リハビリテーション料の算定件数[2]	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全　国	1,523	1.2	213,467	166.5
三重県	23	1.2	2,784	149.7
北勢医療圏	9	1.1	1,189	139.6
中勢伊賀医療圏	9	2.0	766	166.0
南勢志摩医療圏	5	1.1	829	176.1
東紀州医療圏	－	－	－	－

資料：[1]厚生労働省「診療報酬 *施設基準」（平成 28 年 3 月 31 日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年 1 月 1 日現在）、[2]厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

○ 地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

○ 地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-21 がん治療連携計画策定料1、2、がん治療連携指導料の算定件数

（単位：件）

二次医療圏	がん治療連携計画策定料１、２		がん治療連携指導料	
	実数	人口 10 万人あたり	実数	人口 10 万人あたり
全　国	14,178	11.1	93,511	72.9
三重県	23	1.2	455	24.5
北勢医療圏	－	－	63	7.4
中勢伊賀医療圏	－	－	126	27.3
南勢志摩医療圏	23	4.9	242	51.4
東紀州医療圏	－	－	24	31.4

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年１月１日現在）

(4) 療養支援

○ がん患者は、痛み、全身倦怠感、呼吸困難等の身体的苦痛や、不安、苛立ち、絶望感等の精神的苦痛、家計に与える影響の心配、社会的地位の喪失等の社会的苦痛、なぜ私ががんになったのか、何のためなのかなどのスピリチュアル*な苦痛等に直面します。また、家族等も大きな痛みと負担を感じます。これらの全人的な痛みは、がんと診断された時から向き合うことになるため、緩和ケアにより必要に応じて痛みなどの症状等を緩和するとともに、がん患者およびその家族等の心理面や社会面までを含めた支援を行い、ＱＯＬ（生活の質）を高める必要があります。

○ 在宅療養を希望する患者には、患者およびその家族の要望に沿って緩和ケアや介護サービスを含む適切な支援が継続的に提供されています。

○ 末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、東紀州医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-22 在宅末期医療総合診療科届け出施設数

（単位：か所）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	12,842	10.0
三重県	137	7.4
北勢医療圏	68	8.0
中勢伊賀医療圏	34	7.4
南勢志摩医療圏	27	5.7
東紀州医療圏	8	10.5

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成 28 年３月 31 日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年１月１日現在）

○ がんの痛みの緩和に使用するモルヒネ等の医療用麻薬を取り扱うことのできる麻薬取扱小売業免許取得薬局数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-23 麻薬小売業免許取得薬局数

（単位：か所）

	実数	人口 10 万人あたり
全　国	44,937	35.0
三重県	613	33.0

資料：厚生労働省「麻薬・覚せい剤行政の概要」（平成 26 年 12 月 31 日）
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」
（平成 27 年 1 月 1 日現在）

○ がん相談支援センターは、県内全ての拠点病院に設置されているほか、三重県がん相談支援センター等、県内 17 か所に設置されています。

図表 5-1-24 がん相談支援センターを設置している医療機関数

（単位：か所）

二次医療圏	拠点病院	準拠点病院	その他医療機関	三重県がん相談支援センター
三重県	4	2	10	1
北勢医療圏	1	1	5	－
中勢伊賀医療圏	1	1	1	1
南勢志摩医療圏	2	－	3	－
東紀州医療圏	－	－	1	－

資料：厚生労働省「がん診療連携拠点病院等現況報告書」等（平成 28 年度）

○ がんの痛みや精神的苦痛を和らげる緩和ケア病棟を有する病院は、平成 26（2014）年度現在で、県内で 6 施設、病床は 129 床でした。平成 29（2017）年 12 月末現在、7 施設 149 床となりましたが、さらなる充実が必要です。

○ がんの痛みや精神的苦痛を和らげる緩和ケアチームのある医療機関は、人口 10 万人あたりで全国平均を上回っています。

図表 5-1-25 緩和ケア病棟を有する病院数・病床数、緩和ケアチームのある医療機関数

（単位：か所、床）

二次医療圏	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数		緩和ケアチームのある医療機関数	
	病院数	病床数	医療機関数	人口 10 万人あたり
全　国	366	6,997	992	0.8
三重県	6	129	17	0.9
北勢医療圏	1	25	7	0.8
中勢伊賀医療圏	1	20	5	1.1
南勢志摩医療圏	4	84	4	0.8
東紀州医療圏	－	－	1	1.3

資料：厚生労働省「平成 26 年　医療施設調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

○ がん患者指導の実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-26 がん患者指導管理料の算定件数

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	230,653	179.9
三重県	1,387	74.6
北勢医療圏	549	64.5
中勢伊賀医療圏	212	45.9
南勢志摩医療圏	615	130.7
東紀州医療圏	11	14.4

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

○ 入院緩和ケアの実施件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-27 緩和ケア診療加算

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり
全　国	63,385	49.4
三重県	164	8.8
北勢医療圏	－	－
中勢伊賀医療圏	164	35.5
南勢志摩医療圏	－	－
東紀州医療圏	－	－

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年 1 月 1 日現在）

○ 外来緩和ケア管理料の算定要件を満たした届出施設数は、中勢伊賀医療圏で 1 施設ですが、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備している医療機関は、県内で 13 施設あります。

○ 外来緩和ケア管理料の算定件数は、人口 10 万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-28 外来緩和ケア実施医療機関数
外来緩和ケア管理料の届出施設数、外来緩和ケア管理料算定件数

（単位：か所、件）

二次医療圏	外来緩和ケア実施医療機関数[1]	外来緩和ケア管理料の届出施設数[2]		外来緩和ケア管理料算定件数[3]	
		実施医療機関数	人口10万人あたり	実施件数	人口10万人あたり
全　国	－	223	0.2	8,359	6.5
三重県	13	1	0.1	95	5.1
北勢医療圏	5	－	－	－	－
中勢伊賀医療圏	3	1	0.2	95	20.6
南勢志摩医療圏	5	－	－	－	－
東紀州医療圏	－	－	－	－	－

資料：[1]厚生労働省「がん診療連携拠点病院等現況報告書」（平成28年度）[2]厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成28年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）、[3]厚生労働省「ＮＤＢ」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成27年1月1日現在）

○ がん性疼痛緩和の実施件数は、人口10万人あたりで全国平均を下回っていますが、中勢伊賀医療圏では高い水準になっています。

図表 5-1-29 がん性疼痛緩和指導管理料の算定件数

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口10万人あたり
全　国	346,256	270.0
三重県	4,068	218.7
北勢医療圏	1,609	188.9
中勢伊賀医療圏	1,302	282.2
南勢志摩医療圏	999	212.3
東紀州医療圏	158	206.7

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成27年1月1日現在）

○ 在宅がん医療総合診療科の算定件数は、人口10万人あたりで全国平均を下回っています。

図表 5-1-30 在宅がん医療総合診療科の算定件数

（単位：件）

二次医療圏	実数	人口10万人あたり
全　国	26,211	20.4
三重県	38	2.0
北勢医療圏	10	1.2
中勢伊賀医療圏	－	－
南勢志摩医療圏	13	2.8
東紀州医療圏	15	19.6

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成27年1月1日現在）

(5) 受療動向

○ ＮＤＢによると、本県では平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月までの１年間において、がんの入院レセプト（診療報酬明細書）は 47,451 件ありました。このうち、3,549 件（7.5%）は愛知県、奈良県、和歌山県等の県外医療機関で治療を受けています。

○ 入院患者の流出率は、桑員区域が 43.5%、伊賀区域が 43.4%、東紀州区域が 44.4%と高くなっています。このうち、桑員区域では愛知県等の県外医療機関、伊賀区域では奈良県等の県外医療機関、東紀州区域では南勢志摩医療圏への流出が多くなっています。一方、流入率では、津区域が 30.5%と高い値を示しています。伊勢志摩区域では、流出・流入率とも低くなっています。

○ 外来患者は、入院患者に比べておおむね流出・流入率は低くなっていますが、流出率は桑員区域が 41.1%、伊賀区域が 31.0%、東紀州区域が 33.6%と高くなっています。このうち、桑員区域では愛知県等の県外医療機関、伊賀区域では奈良県等の県外医療機関、東紀州区域では和歌山県等の県外医療機関への流出が多くなっています。一方、流入率では、津区域が 22.0%と高い値を示しています。伊勢志摩区域では、流出・流入率とも低くなっています。

図表 5-1-31 構想区域別 がん入院患者の流出・流入状況

（単位：件／年）

医療機関所在地 / 患者住所地	総数		北勢	桑員	三泗	鈴亀	中勢伊賀	津	伊賀	南勢志摩	松阪	伊勢志摩	東紀州	東紀州	県外	流出率
総数	47,451		－	3,222	7,264	4,380	－	10,656	2,896	－	7,219	6,538	－	1,727	3,549	7.5%
	47,451															
北勢	－		－	－	－	－	－	1,258	－	－	20	－	－	－	－	－
桑員	5,177		－	2,926	595	51	115			－			－		1,490	43.5%
三泗	7,246		－	222	6,077	312	303			－			－		332	16.1%
鈴亀	5,127		－	－	530	3,649	840			20			－		88	28.8%
中勢伊賀	－		－	13	51	321	－	－	－	－	455	44	－	－	－	－
津	8,199		303				－	7,404	－	453			－		39	9.7%
伊賀	4,791		82				－	733	2,713	46			－		1,217	43.4%
南勢志摩	－		－	－	－	47	－	884	－	－	－	－	－	－	－	－
松阪	6,795		18				593			－	5,753	374	－		57	15.3%
伊勢志摩	6,755		29				291			－	431	5,940	－		64	12.1%
東紀州	－		－	－	－	－	－	350	－	－	560	180	－	－	－	－
東紀州	3,048						350			740			－	1,696	262	44.4%
県外	313		－	61	11	－	－	27	183	－	－	－	－	31	－	－
流入率	0.7%		－	9.2%	16.3%	16.7%	－	30.5%	6.3%	－	20.3%	9.1%	－	1.8%	－	－

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。
※レセプト件数は同一医療機関・同一診療科の１か月間の受診を１件と数え、患者数とは一致しません。
※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

図表 5-1-32 構想区域別 がん外来患者の流出・流入状況

（単位：件／年）

医療機関所在地 / 患者住所地	総数		北勢	桑員	三泗	鈴亀	中勢伊賀	津	伊賀	南勢志摩	松阪	伊勢志摩	東紀州	東紀州	県外	流出率
総数	414,691			26,498	69,062	41,165	－	81,018	31,429	－	57,867	62,228	－	16,044	29,380	7.2%
	414,691															
北勢	－		－	－	－	－	－	7,197	13	－	246	111	－	－	－	－
桑員	40,926		－	24,101	5,508	407	605			52			－		10,253	41.1%
三泗	67,471		－	1,436	59,169	1,983	1,516			88			－		3,279	12.3%
鈴亀	46,028		－	44	3,537	36,005	5,089			217			－		1,136	21.8%
中勢伊賀	－		－	24	421	2,395	－	－	－	－	4,008	237	－	－	－	－
津	70,658		2,309				－	63,154	302	3,891			－		1,002	10.6%
伊賀	42,839		531				－	3,788	29,550	354			－		8,616	31.0%
南勢志摩	－		－	－	170	181	－	4,978	－	－	－	－	－	100	－	－
松阪	55,613		134				3,476			－	49,032	2,252	100		619	11.8%
伊勢志摩	63,718		217				1,502			－	2,033	59,018	－		948	7.4%
東紀州	－		－	－	24	85	－	1,366	－	－	2,452	481	－	－	－	－
東紀州	23,631		109				1,366			2,933			－	15,696	3,527	33.6%
県外	3,807		－	893	233	109	－	535	1,564	－	96	129	－	248	－	－
流入率	1.0%		－	9.0%	14.3%	12.5%	－	22.0%	6.0%	－	15.3%	5.2%	－	2.5%	－	－

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

○ 肺がん入院患者の県外流出率は、他の部位のがんに比べ 8.0%と高い値を示しています。また、肺がん外来患者の県外流出率も 8.1%と、他の部位のがんに比べ高い値を示しています。

○ 桑員区域、伊賀区域、東紀州区域は他の区域に比べ、流出率の高い部位が多くなっています。

○ 津区域は他の区域に比べ、いずれの部位も流入率が高くなっています。

図表 5-1-33 構想区域別 がん入院患者の部位別流出・流入率状況

（単位：%）

構想区域	流出率					流入率				
	胃	大腸	肝	肺	乳房	胃	大腸	肝	肺	乳房
三重県	3.7	2.3	3.4	8.0	2.5	0.4	0.5	0.2	0.3	0.0
桑員区域	19.5	12.1	16.3	53.4	14.2	4.8	6.9	8.6	0.0	0.0
三泗区域	5.8	8.0	12.9	7.4	6.3	14.4	8.1	9.3	14.7	10.1
鈴亀区域	21.6	15.4	25.3	23.2	26.2	7.6	8.0	12.0	14.4	4.3
津区域	4.4	6.2	6.8	8.4	3.6	15.1	14.2	28.5	29.4	24.7
伊賀区域	28.8	18.4	30.4	69.4	34.1	2.3	5.6	0.0	5.6	0.0
松阪区域	9.7	12.0	14.2	7.2	18.5	11.0	17.1	17.4	14.2	9.9
伊勢志摩区域	4.9	5.0	6.2	6.9	13.7	0.0	5.0	1.8	7.0	11.7
東紀州区域	8.2	20.0	24.6	53.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

図表 5-1-34 構想区域別 がん外来患者の部位別流出・流入率状況

（単位：%）

構想区域	流出率					流入率				
	胃	大腸	肝	肺	乳房	胃	大腸	肝	肺	乳房
三重県	3.1	3.8	5.3	8.1	5.6	1.0	0.9	0.3	0.5	0.5
桑員区域	25.4	23.4	27.7	49.6	37.6	7.8	10.4	8.8	7.3	7.1
三泗区域	6.7	7.7	10.4	14.1	7.0	10.5	10.7	9.3	15.2	14.2
鈴亀区域	7.6	14.3	24.3	19.8	30.2	5.6	6.7	8.9	17.5	8.3
津区域	8.7	7.2	8.1	11.8	8.6	10.7	11.8	30.5	22.2	27.2
伊賀区域	11.0	17.3	29.6	46.2	35.6	5.4	4.2	1.6	1.7	3.2
松阪区域	4.2	7.3	10.4	9.0	12.4	8.0	10.2	12.8	15.4	12.3
伊勢志摩区域	4.0	3.5	7.4	9.2	8.7	1.7	2.8	2.5	4.9	3.7
東紀州区域	16.0	17.4	24.4	36.4	27.4	1.9	2.3	0.0	0.0	2.0

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

○ 放射線治療を受けた入院患者の県外流出率は 19.3%と、がんの入院患者全体の 7.5%に比べて高くなっており、南勢志摩医療圏を除いて 40%以上の患者が圏外に流出しています。特に東紀州医療圏の流出率が 80%近くに達しています。

○ 放射線治療を受ける外来患者の県外流出率も 19.1%と、がんの外来患者全体の 7.2%を上回っており、特に中勢伊賀医療圏で 50%以上の患者が圏外に流出しています。

○ 化学療法を受けた入院患者の県外流出率は、12.0%となっており、南勢志摩医療圏を除いて 20%以上の患者が圏外に流出しています。特に東紀州医療圏の流出率は 80%を超えています。

○ 化学療法を受ける外来患者の県外流出率は 11.4%となっており、特に東紀州医療圏で 50%以上の患者が圏外に流出しています。

図表 5-1-35 二次医療圏別 がんの治療法別流出・流入率状況

（単位：%）

二次医療圏	流出率				流入率			
	放射線治療		化学療法		放射線治療		化学療法	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
三重県	19.3	19.1	12.0	11.4	0.0	0.0	0.3	0.6
北勢医療圏	42.1	31.7	27.1	22.5	24.5	5.5	3.8	3.7
中勢伊賀医療圏	55.5	53.1	25.7	23.1	47.4	9.7	25.6	22.5
南勢志摩医療圏	24.1	0	11.1	9.6	19.2	16.7	17.6	9.9
東紀州医療圏	79.7	40.0	84.3	55.2	0	0	0	7.1

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

2．圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

○ がん医療が高度化、複雑化してきていることをふまえ、高度の専門性を必要とする医療や定型的な治療が困難な希少がん診療等の分野では一定の集約化が必要です。

○ 一方、がん医療の進歩は目ざましく、がん治療を外来で受ける患者は増加していくと見込まれます。住み慣れた家庭や地域で診断、入院治療、外来通院等の提供ができるよう、各地域において標準的・集学的治療を提供できる医療機関の整備が必要です。これを受け、本県では三重県がん対策推進協議会の意見等をふまえ、全国の状況や本県の地勢の状況などを考慮し、標準的・集学的治療を提供できる医療機関を県内に 10 か所程度整備することをめざすこととしました。

○ 本県におけるがん医療連携圏域については、集約化と均てん化*の状況を把握した上で、がん医療提供体制を整備する必要があります。

1）集約化の取組

○ 高度医療・希少がん診療の分野については、県外の専門医療機関等とも連携しながら、高度専門的ながん診療機能を担う県拠点病院を中心に、全県域を範囲としてがん診療の質の向上およびがん診療連携協力体制の構築を図ることが適切と考えます。

2）均てん化の取組

○ わが国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）については、標準的・集学的治療を提供できる医療機関を桑員、三泗、鈴亀、津、伊賀、松阪、伊勢志摩、東紀州の８つの構想区域と同じ範囲に整備することを基本に、地域やがん種によって機能分化・連携を検討することが適切と考えます。

(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

図表 5-1-36 県内のがん診療連携に係る病院

（平成 30 年 4 月 1 日現在（予定））

二次医療圏	構想区域	目標箇所数	がん診療連携拠点病院	三重県がん診療連携準拠点病院	三重県がん診療連携病院
北勢	桑員	1			桑名東医療センター、 厚生連三重北医療センター いなべ総合病院、 もりえい病院
	三泗	2		市立四日市病院、 県立総合医療センター	四日市羽津医療センター
	鈴亀	1	（地域）厚生連 鈴鹿中央総合病院		鈴鹿回生病院、 塩川病院
中勢伊賀	津	2	（県）三重大学 医学部附属病院	国立病院機構 三重中央医療センター	藤田保健衛生大学 七栗記念病院
	伊賀	1			岡波総合病院、 上野総合市民病院
南勢志摩	松阪	1	（地域）厚生連 松阪中央総合病院		済生会松阪総合病院、 松阪市民病院
	伊勢志摩	1	（地域） 伊勢赤十字病院		市立伊勢総合病院
東紀州		1			尾鷲総合病院

(3) 連携のあり方

○ がん医療については、充実したがん検診体制や早期に適切な治療が受けられ、各病期や病態に応じた、高度かつ適切な治療が受けられる医療体制が必要です。また、がんと診断された時から、緩和ケアが受けられ、入院中だけでなく在宅においても切れ目なく支援が受けられる体制が必要です。

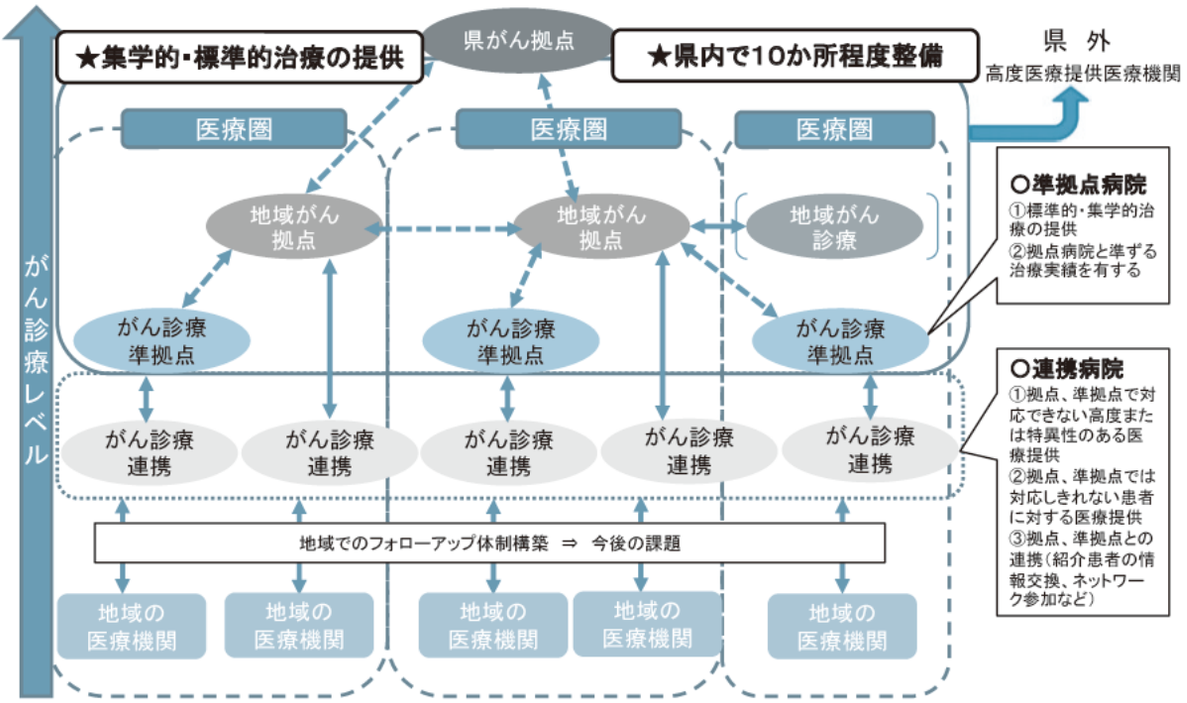
○ そのためには、県拠点病院を中心に、地域拠点病院および準拠点病院等が連携し、がん医療の水準を高め、緩和ケア病棟を持つ病院や在宅療養支援診療所*、一般診療所、訪問看護ステーション、相談支援センター等と医療連携体制を構築していくとともに、一層の連携強化のため、ＩＣＴ*（情報通信技術）を活用し、円滑な地域連携クリティカルパスの運用を進めていくことが必要です。

○ がん患者は二次医療圏・構想区域を越えて受診することも多く、患者の受診行動や他の二次医療圏・構想区域との連携も視野に入れた体制づくりが必要です。「がん診療連携拠点病院等の整備について」（厚生労働省健康局長通知）において、都道府県は、都道府県拠点病院にあっては、都道府県に１か所、地域拠点病院にあっては、二次医療圏（都道府県拠点病院が整備されている二次医療圏を除く。）に１か所整備するものとされています。

○ 都道府県拠点病院は、都道府県におけるがん診療の質の向上およびがん診療連携協力体制の構築等に関し中心的な役割を担うこととされています。本県においては、県拠点病院である三重大学医学部附属病院を中心に、「三重県がん診療連携協議会」を設置し、拠点病院等の機能の充実強化および、病院間の連携協力体制の確保等を推進しています。

○ また、特に高度な技術と設備等を必要とする医療については、拠点病院を中心に、地域性に配慮した集約化を図る必要があります。

図表 5-1-37 県がん医療提供体制のイメージ



3. 課題

(1) 予防

○ 本県では男性の肺がんの年齢調整死亡率が全国に比べて高い値を示していることから、引き続き喫煙率の低下に向けた取組を行う必要があります。

○ 「喫煙と健康　喫煙の健康影響に関する検討会報告書」によると、受動喫煙と肺がんとの関連について、「科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である（レベル１）」と判定されました。このため、受動喫煙防止対策をさらに促進することが必要です。

○ 肝炎ウイルス等のウイルスや細菌の感染は、発がんの大きな要因の一つとなっているため、ワクチン接種や感染予防対策等を実施する必要があります。

○ がんによる死亡者の減少のためには、科学的根拠に基づくがん検診の実施およびがん検診や精密検査の受診率向上による、がんの早期発見・早期治療が重要です。

○ がんに関する正しい知識を身につけ、がん予防や早期発見の重要性が認識されるよう、子どもの頃からの教育や、県民に対する普及啓発活動をさらに進める必要があります。

(2) 治療

○ がん患者が、高度で質の高いがん治療を各地域の医療機関で受けることができるよう、拠点病院等を中心とした医療提供体制の整備を進めることが必要です。特に、東紀州医療圏ではがん治療患者の流出率が高いことから、拠点病院等の整備（指定）が必要です。

○ 手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法等を組み合わせた集学的治療を行うための連携体制や、チーム医療の構築が必要であることから、がん専門看護師や各種認定看護師、放射線治療に係る放射線治療品質管理士や放射線技師、化学療法に係るがん専門薬剤師や各種認定薬剤師等の養成とスキルアップが必要です。

○ 放射線療法や薬物療法は外来で実施されることが一般的となってきており、その実施体制を確保するため、放射線治療を行う放射線治療専門医、薬物療法を行うがん薬物療法専門医等の人材育成が必要です。

○ がんの治療効果の向上、がん治療の副作用・合併症の予防や軽減等のため、医科歯科連携をはじめとした職種間連携を推進する必要があります。

○ がん診療に関わる医療機関において、標準登録様式*による院内がん登録を実施するとともに、全国がん登録によるがん患者の実態把握を行う必要があります。また、これまでの地域がん登録*や全国がん登録で得られたデータを活用し、地域の実態把握に努め、施策に反映していく必要があります。

(3) 療養支援

○ がん患者が、尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築をめざすとともに、適切ながん医療のみならず、社会的な支援を受けながら地域において円滑な社会生活を営むことができるための取組を進めることが必要です。

○ がんと診断された時からの緩和ケアの実施のため、医師をはじめとする医療従事者に対する緩和ケアに関する研修体制の充実が必要です。また、緩和ケアを実施することがＱＯＬ（生活の質）を維持・向上する上で効果的であり、がん患者およびその家族等の緩和ケアに対する理解を深める取組を進めることが必要です。

○ がん患者自身が治療を受けるにあたり、さまざまな不安や悩みに対する適切な相談が受けられるよう、拠点病院等におけるがん相談支援センターの充実を図る必要があります。また、拠点病院等におけるがん相談支援センターと三重県がん相談支援センターの一層の普及啓発による活用促進が必要です。

○ がん患者が住み慣れた地域や家庭で切れ目のないがん医療を受けられるよう、拠点病院等と地域の医療機関、在宅医療・介護サービス等との連携体制を構築する必要があります。

○ がん医療の進歩により、がん患者が働きながらがん治療を受けられるようになっており、離職防止や再就職のための就労支援体制の充実が必要です。

○ がん患者個々のライフステージごとに、さまざまな異なった問題が生じることから、小児・ＡＹＡ世代（思春期世代と若年成人世代）等、ライフステージに応じたがん対策が必要です。

4．めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

○ がんの克服をめざし、がんに関する正しい知識を持って、避けられるがんを防ぐことや、がん医療および各種支援を、納得し、安心して受け、暮らしていくことができるよう、県民、医療機関、保険者、行政等さまざまな主体が一体的、総合的にがん対策に取り組んでいます。

(2) 取組方向

取組方向１：がんにかからないための健康的な生活習慣づくりとがん予防の普及啓発、がんの早期発見の推進

取組方向２：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

取組方向３：がんと共に生きるための社会づくりの推進

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
がんによる年齢調整死亡率（75 歳未満） 【人口動態調査】	がんによる年齢調整死亡率（75 歳未満）を、毎年、全国平均よりも▲10%以上とすることを目標とします。	目　標 全国平均よりも▲10%以上 現　状(H28) 69.0（▲9.3%）
がん検診受診率 【地域保健・健康増進事業報告】	対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率を国の「がん対策推進基本計画」で定める目標値に準じて向上させることを目標とします。	目　標 50%以上 現　状(H26) 胃がん 9.8% 肺がん 23.0% 大腸がん 30.0% 子宮頸がん 54.2% 乳がん 37.8%
がん検診後の精密検査受診率 【地域保健・健康増進事業報告】	がん検診後の精密検査受診率を国の「がん対策推進基本計画」で定める目標値に準じて向上させることを目標とします。	目　標 90%以上 現　状(H25) 胃がん 69.2% 肺がん 65.3% 大腸がん 62.4% 子宮頸がん 63.1% 乳がん 79.7%

（4）取組内容

取組方向１：がんにかからないための健康的な生活習慣づくりとがん予防の普及啓発、がんの早期発見の推進

○ 喫煙率は、全国より低い水準となっているものの、男性の肺がんによる年齢調整死亡率が全国より高いことから、喫煙対策に引き続き取り組むとともに、未成年者の喫煙率０％をめざします。（県民、保険者、拠点病院等、医療機関、市町、県）

○ 県民一人ひとりの禁煙・分煙意識は高まり、公共の場や医療機関、職場における分煙も進んできました。引き続き「たばこの煙の無いお店」促進事業などの受動喫煙防止対策を進めます。（事業者、保険者、拠点病院等、医療機関、検診機関、市町、県）

○ ウイルスや細菌の感染が原因となるがんに関する正しい知識の普及啓発を進めます。（事業者、保険者、市町、県）

○ がんの早期発見、早期治療につながるよう、がん検診の重要性に関する普及啓発を進めます。また、受診対象者への個別の受診勧奨・再勧奨や受診者の利便性の向上などの取組により、がん検診および精密検査受診率の向上を図ります。さらに、質の高いがん検診を提供できるよう、「三重県がん検診精度管理検討委員会」等においてがん検診の精度管理の取組を進めます。（県民、保険者、拠点病院等、医療機関、検診機関、市町、県）

○ 子どもの頃から、がんに関して正しく理解し、自他の健康や命の大切さについて主体的に考えることができるよう、県教育委員会等の関係機関と連携した学校におけるがん教育や、医療機関等と連携したがんに関する正しい知識の普及啓発活動を進めます。（県民、保険者、拠点病院等、医療機関、検診機関、関係機関、市町、県）

取組方向２：患者の立場に立った質の高いがん医療が受けられる体制づくり

○ がん患者それぞれの病期や病態に応じた治療法を選択または組み合わせることができるよう、拠点病院等を地域の中核とし、地域の医療機関等と連携しながら、切れ目のないがん診療が提供できるよう取り組みます。（拠点病院等、医療機関、県）

○ さまざまな病態に応じた専門的な治療を行うために、それぞれの専門性を生かしながら連携して集学的治療が行えるよう、各種専門医や、がん医療を担う人材の育成に努めます。（拠点病院等、医療機関、医療関係団体、県）

○ 三重県がん診療連携協議会医科歯科連携部会が中心となり、がん患者の状態に応じた適切な口腔ケアや口腔管理等を行うことができる人材の育成を進めます。また、拠点病院等と地域の歯科医療機関との連携・協力により、がん治療に際して発生する副作用・合併症の予防や軽減を図り、がん患者のＱＯＬ（生活の質）の向上をめざします。（拠点病院等、医療機関、関係団体、県）

○ がん対策の科学的知見に基づく取組が推進できるよう、全国がん登録、院内がん登録等、がんの罹患やその他の状況を把握・分析する仕組みを充実させます。（拠点病院等、医療機関、県）

取組方向３：がんと共に生きるための社会づくりの推進

○ 診断時から緩和ケアが受けられるよう、医療従事者に対する緩和ケア研修を実施するとともに、三重県がん診療連携協議会緩和ケア部会を中心に、ＰＤＣＡサイクル確保の体制を構築し、緩和ケア領域の医療水準の向上を図ります。また、緩和ケアに対する理解を深めるための取組や多職種連携の取組を進めます。（拠点病院等、医療機関、関係団体、県）

○ 三重県がん相談支援センターや拠点病院等の間で情報共有を図り、連携しながらより適切な相談対応ができる体制を整備するとともに、三重県がん診療連携協議会相談支援部会を中心に、ＰＤＣＡサイクル確保の体制を構築し、県内のがん相談支援体制の水準の向上を図ります。また、患者が院外においても、自身に合った情報や意見を交換できる場や相談し合える場所づくりを促進するとともに、日本がん治療学会のがん医療ネットワークナビゲーター制度を活用した、地域におけるがん相談支援の人材育成を進めます。（患者会、拠点病院等、医療機関、三重県がん相談支援センター、市町、県）

○ がん患者が住み慣れた家庭や地域で切れ目のないがん医療を受けられるよう、がん診療が可能な診療所や訪問看護ステーション等の充実を図るとともに、多職種連携を強化し、ＩＣＴを活用するなど、在宅医療体制の整備を図ります。（拠点病院等、医療機関、三重県がん相談支援センター、介護事業者、県）

○ がん患者やがん経験者が治療と仕事を両立させることができるよう、がん相談支援センター等における就労相談をはじめ、職場でのがんの正しい知識の普及や支援制度の整備推進のため、公共職業安定所等の関係機関とも連携を図りながら、事業者に対する普及啓発を進めます。（拠点病院等、医療機関、三重県がん相談支援センター、関係機関、公共職業安定所、事業所、県）

○ 小児・ＡＹＡ世代のがん患者の就学について、一定の取組が行われている小中学校のほか、高校教育段階における支援のあり方について、県教育委員会等関係機関と協力して検討を進めます。また、県拠点病院を中心に「三重がん生殖医療ネットワーク」を構築し、治療に伴う生殖機能への影響等、治療前に正確な情報提供が行われ、若年がん患者が生殖機能を温存した治療を選択できるための体制を整備します。（拠点病院等、医療機関、関係機関、市町、県）

第２節｜脳卒中対策

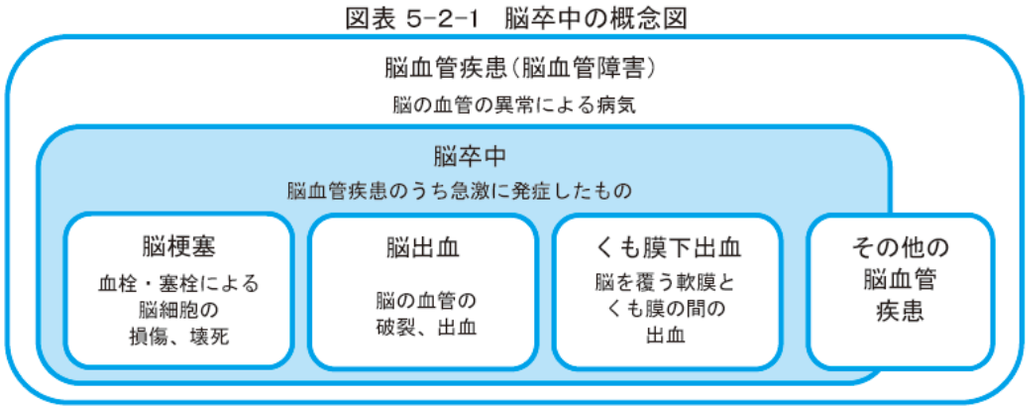
1. 脳卒中における医療の現状

(1) 脳卒中の疫学

○ 脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患で、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。

○ 脳卒中は発症後に後遺症が残ることも多く、患者およびその家族の日常生活に与える影響が大きいことから、発症後の速やかな搬送と専門的治療が不可欠となります。また、病期に応じたリハビリテーションを行うことにより、後遺症の防止や早期の社会復帰が実現できるといわれており、急性期、回復期、維持期のそれぞれの段階に応じたリハビリテーションが必要です。

図表 5-2-1　脳卒中の概念図



○ 脳血管疾患は悪性新生物、心疾患、老衰、肺炎に次いで本県における死因の第５位です。年間 1,652 人が脳血管疾患を原因として死亡し、死亡数全体の 8.3%（全国 8.4%）を占めています[1]。

○ 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたりの年齢構成を調整した死亡率）は、男性 34.7（全国 36.2）、女性 19.8（全国 20.0）であり、男性に発症しやすい病気です。また、男女ともに年齢調整死亡率は全国値よりやや低くなっています。

○ 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移は、全国とほぼ同様の傾向で低下しています。

図表 5-2-2　脳血管疾患分類別の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

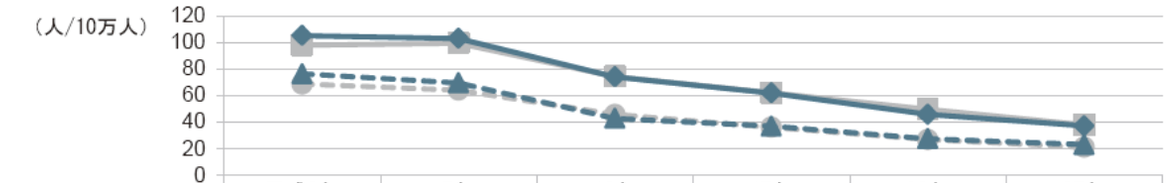
	区分	脳血管疾患	脳梗塞	脳出血	くも膜下出血	その他の脳血管疾患
男	全　国	36.2	17.0	13.7	4.6	－
	三重県	34.7	16.3	13.0	4.0	1.3
女	全　国	20.0	8.6	6.1	4.7	－
	三重県	19.8	9.2	6.1	3.9	0.7

※「－」は非公表

資料：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」、三重県「平成 28 年　三重県の人口動態」

[1] 出典：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」

図表 5-2-3　脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移（人口 10 万人あたり）

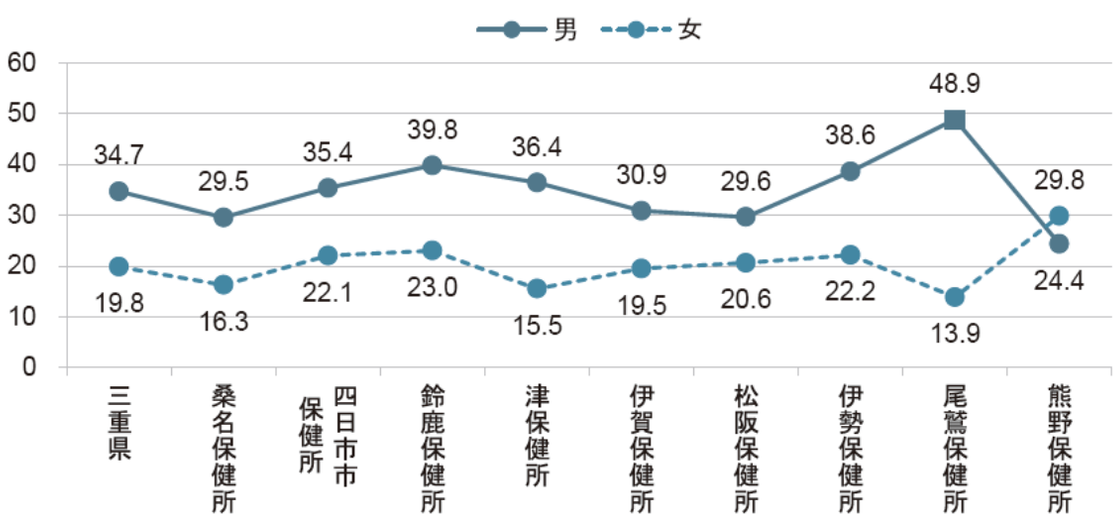


	平成2年	7年	12年	17年	22年	27年
男性　全　国	97.9	99.3	74.2	61.9	49.5	37.8
男性　三重県	105	102.8	74	61.8	45.7	37.1
女性　全　国	68.6	64.0	45.7	36.1	26.9	21.0
女性　三重県	76.2	69.5	42.7	36.9	27.5	23.1

資料：厚生労働省「平成27年　都道府県別年齢調整死亡率」

○ 県内各保健所管内別の年齢調整死亡率を比較すると、男性では、尾鷲保健所、鈴鹿保健所、伊勢保健所管内で高い傾向にあります。また女性では、熊野保健所管内で高い傾向にあります。

図表 5-2-4　各保健所管内別の脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）



資料：三重県「平成28年　三重県の人口動態」

○ 脳血管疾患患者の在宅（自宅、老人ホーム）死亡割合については、本県は 18.5%であり、全国値 18.6%と同水準となっています。

図表 5-2-5　脳血管疾患患者の在宅死亡割合

（単位：人）

	病院	診療所	介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他	総数
全　国	81,439	2,236	4,059	9,297	11,072	1,217	109,320
	74.5%	2.0%	3.7%	8.5%	10.1%	1.1%	
	80.3%			18.6%		1.1%	
三重県	1,132	46	144	174	131	25	1,652
	68.5%	2.8%	8.7%	10.5%	7.9%	1.5%	
	80.0%			18.5%		1.5%	

資料：厚生労働省「平成28年　人口動態調査」

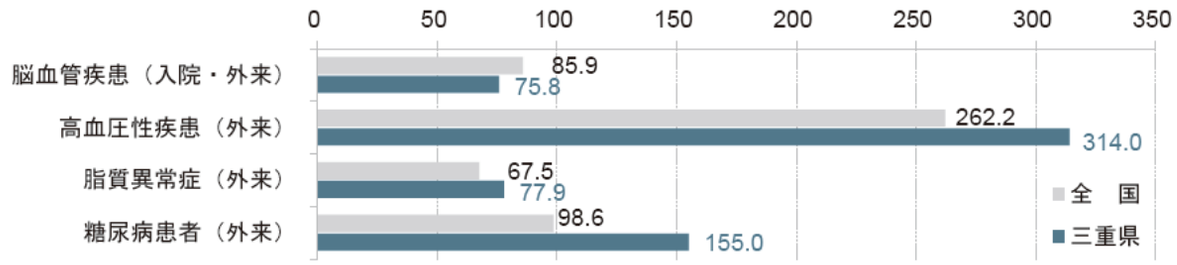
(2) 脳血管疾患の受療動向

① 脳血管疾患に関連する疾患の年齢調整受療率*

○ 平成 26（2014）年 10 月の調査日において、県内の医療機関で受療している脳血管疾患の患者数は、16 千人と推計されています[2]。

○ 人口 10 万人あたりの脳血管疾患の年齢調整受療率は、全国の 85.9 に対して本県は 75.8 と低い水準です。

図表 5-2-6　脳血管疾患に関連する疾患の年齢調整受療率（人口 10 万人あたり）



資料：厚生労働省「平成26年 患者調査」、総務省「人口推計」（平成26年10月１日現在）

② 受療動向

○ ＮＤＢによると、県内の平成 27（2015）年４月～平成 28（2016）年３月における脳血管障害（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血等の脳卒中を含む脳血管の疾患）の入院レセプト件数は、58,978 件ありました。

○ 県内患者のうち 2,235 件（3.9%）は、愛知県、和歌山県、大阪府、奈良県等の県外医療機関で治療を受けています。また、流出率は、東紀州医療圏が 31.2%と他の医療圏に比べ高くなっています。一方、流入率については、中勢伊賀医療圏が 16.1%と高くなっています。

○ ＮＤＢによる脳血管障害の外来患者の流出・流入率は、入院患者に比べて低くなっていますが、東紀州医療圏の流出率と、中勢伊賀医療圏の流入率が他の医療圏に比べ高くなっています。

図表 5-2-7　二次医療圏別　脳血管障害　入院患者の流出･流入状況

（単位：件／年）

医療機関所在地 / 患者住所地	総数	北勢医療圏	中勢伊賀医療圏	南勢志摩医療圏	東紀州医療圏	県外	流出率
総数	58,978	20,922	15,348	16,919	3,554	2,235	3.9%
北勢医療圏	21,315	19,761	663	64		827	7.3%
中勢伊賀医療圏	14,443	384	12,879	448		732	10.8%
南勢志摩医療圏	17,486	147	1,385	15,701	156	97	10.2%
東紀州医療圏	4,673	70	198	612	3,214	579	31.2%
県外	1,061	560	223	94	184	—	—
流入率	1.9%	5.5%	16.1%	7.2%	9.6%	—	—

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。
※空白欄は 10 件未満のため非公表であり、また、合計数には含まれていません。
※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

[2] 出典：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」

図表 5-2-8　二次医療圏別　脳血管障害　外来患者の流出･流入状況

（単位：件／年）

医療機関所在地 / 患者住所地	総数	北勢医療圏	中勢伊賀医療圏	南勢志摩医療圏	東紀州医療圏	県外	流出率
総数	861,878	283,293	194,990	317,547	45,733	20,315	2.4%
北勢医療圏	289,023	274,463	4,716	482	17	9,345	5.0%
中勢伊賀医療圏	195,410	4,461	179,452	5,895	10	5,592	8.2%
南勢志摩医療圏	314,993	892	6,263	305,921	254	1,663	2.9%
東紀州医療圏	53,250	231	1,216	3,641	44,447	3,715	16.5%
県外	9,202	3,246	3,343	1,608	1,005	—	—
流入率	1.1%	3.1%	8.0%	3.7%	2.8%	—	—

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。
※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

(3) 脳卒中の予防

○ 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧の管理が重要です。また、糖尿病、不整脈、喫煙等も発症の危険因子であり、基礎疾患を適切に治療することや、生活習慣の改善が大切です。

○ 本県における健康診断・健康診査の受診率は 69.9%であり、全国値 68.3%を上回っています[3]。

○ 特定健康診査の県内受診率は 53.0%であり、全国値 50.1%を上回っています。また、特定保健指導*の県内実施率は 17.5%であり、全国値 17.5%と同率となっています[4]。

○ 本県における喫煙率は、男性 29.6%（全国 31.1%）、女性 6.9%（全国 9.5%）となっています[5]。

○ 本県における禁煙外来を行う病院は人口 10 万人あたり 1.1 か所（全国 1.9 か所）、禁煙外来を行う一般診療所は 11.9 か所（全国 10.0 か所）となっています[6]。また、ニコチン依存症管理料を算定する患者数（レセプト件数）は、3,505 件で人口 10 万人あたり 188.4 件となっており、全国値 173.8 件を上回っています[7]。

○ 全国において、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は 11.6%（総数）となっています[8]。

○ 認知症患者のうち血管性認知症患者の割合が、約２割程度を占めていることから、脳卒中による認知症を予防する観点からも、脳卒中予防が重要です。

[3] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」
[4] 出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」
[5] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」
[6] 出典：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」
[7] 出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）
[8] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民健康・栄養調査」

(4) 脳卒中の医療

① 医療提供体制

○ 本県の救命救急センター*数は平成 29（2017）年９月現在、４か所です。ドクターヘリ*等の活用を含め、県内の各二次医療圏内で、脳卒中の急性期・回復期・維持期の各期に応じた医療を提供しています。

○ 平成 28（2016）年末における県内の神経内科医師数は 81 人、脳神経外科医師数は 92 人、リハビリテーション科医師数は 22 人であり、人口 10 万人あたり神経内科医師数は全国値を上回っていますが、脳神経外科医師数およびリハビリテーション科医師数は全国値を下回っています。

図表 5-2-9　神経内科・脳神経外科・リハビリテーション科医師数

（単位：人）

二次医療圏・構想区域	神経内科医師数		脳神経外科医師数		リハビリテーション科医師数	
	実　数	対人口 10 万人	実　数	対人口 10 万人	実　数	対人口 10 万人
全　国	4,922	3.9	7,360	5.8	2,484	2.0
三重県	81	4.5	92	4.6	22	1.2
北勢医療圏	29	3.4	35	3.9	8	1.0
桑員区域	1	0.5	9	4.1	－	－
三泗区域	15	4.0	15	4.0	4	1.1
鈴亀区域	13	5.3	11	4.5	4	1.6
中勢伊賀医療圏	29	6.5	30	5.8	11	2.5
津区域	27	9.7	25	9.0	11	3.9
伊賀区域	2	1.2	5	3.0	－	－
南勢志摩医療圏	23	5.1	24	5.1	3	0.7
松阪区域	12	5.5	15	6.9	2	0.9
伊勢志摩区域	11	4.7	9	3.9	1	0.4
東紀州医療圏（区域）	－	－	3	2.6	－	－

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月１日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月１日現在）

○ 県内には脳卒中集中治療室（Stroke Care Unit。以下、本節において「ＳＣＵ*」という。）を備えた病院が４施設と、それ以外にＳＣＵに準じた専門病棟等を設置している病院が９施設あります。

図表 5-2-10　SCUを有する病院・病床数

（単位：か所、床）

	ＳＣＵを有する施設数※		病床数	
	実　数	人口 100 万人あたり施設数	実　数	人口 100 万人あたり病床数
全　国	131	1.0	926	7.3
三重県	4	2.0	23	12.6

※「基本診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）の第９の５脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準を満たしている施設数です。

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「人口推計」（平成 26 年 10 月１日現在）

② 発症直後の救護・搬送

○ 脳卒中は、できるだけ早く治療を始めることで効果が高く後遺症もより少なくなるため、本人や家族等周囲にいる人は、脳卒中を疑う症状があれば、診断や治療の開始を遅らせることがないよう、速やかに救急要請を行うことが重要です。

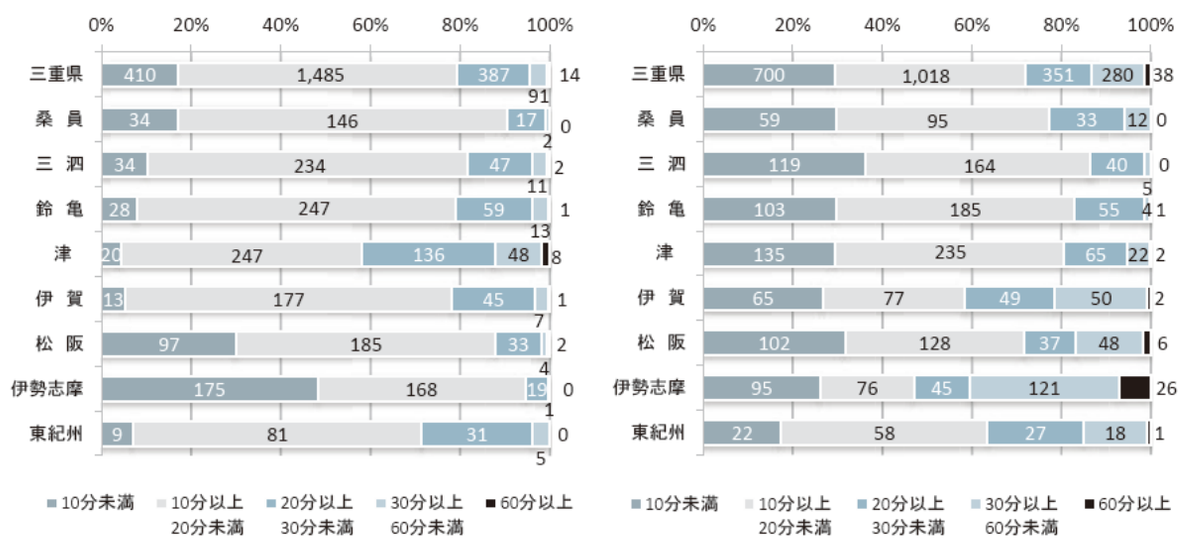
○ 救急救命士等は、メディカルコントロール体制のもとで、傷病者を観察して脳卒中の可能性を判断し、適切な救急救命処置等を行った上で、脳卒中の治療が速やかに行われる医療機関に直接搬送することが重要です。

○ 本県における救急搬送時間（救急要請から医療機関収容までに要した平均時間）は 38.9 分で、全国平均の 39.3 分と同水準です[9]。

○ 本県において、脳血管疾患として救急搬送された患者数は、平成 28（2016）年 1 月～12 月の 1 年間で 2,387 人となっており、構想区域別に救急搬送状況を見ると、津区域および東紀州区域において現場滞在時間が 20 分以上かかっている件数の割合が高くなっています。伊勢志摩区域では現場出発から病院搬入までに 30 分以上かかっている件数の割合が高くなっていますが、これは志摩広域消防組合本部や鳥羽市消防本部において管外への搬送件数割合が高いためと考えられます。

○ 特に、脳梗塞の治療においては、速やかに適切な処置が行われることが何よりも重要であることから、今後、救急搬送にかかる現場滞在時間や来院してから治療を開始するまでの時間などを短縮することが必要です。

図表 5-2-11　脳血管疾患患者の救急搬送時間別件数割合
現場滞在時間（左グラフ）、現場出発から病院搬入までの時間（右グラフ）



※「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適用案件が対象です。
※消防本部ごとの集計のため、松阪には南伊勢町（旧南島町分）が含まれています。

資料：三重県調査

[9] 出典：消防庁「平成 29 年版　救急・救助の現況」

図表 5-2-12　脳血管疾患の救急搬送件数

（単位：件、％）

二次医療圏・構想区域	搬送件数	人口 10 万人あたりの搬送件数	脳血管件数／総搬送件数	区域外への搬送件数	区域外搬送割合
三重県	2,387	132.1	2.6	143	6.0
北勢医療圏	875	104.1	2.5	58	6.6
桑員区域	199	91.4	2.4	23	11.6
三泗区域	328	87.1	2.1	15	4.6
鈴亀区域	348	141.2	3.2	20	5.7
中勢伊賀医療圏	702	157.2	3.1	30	4.2
津区域	459	164.7	3.1	9	2.0
伊賀区域	243	144.7	3.0	21	8.6
南勢志摩医療圏	684	152.0	2.3	30	4.4
松阪区域	321	147.0	2.0	25	7.8
伊勢志摩区域	363	156.7	2.7	5	1.4
東紀州医療圏（区域）	126	179.3	3.1	25	19.8

※消防本部単位で集計をしているため、松阪区域の搬送件数に旧南島町の数を含んでいます。
資料：三重県「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」（実施基準）が適用された傷病者の搬送に関するデータ（平成 28 年 1～12 月）、三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

③ 診断

○ 問診や身体所見の診察、血液検査に加えて、画像検査（ＣＴ、ＭＲＩ、ＭＲアンギオグラフィ*等）、超音波検査等を行い診断します。

④ 急性期の治療

○ 脳梗塞では血栓を溶かす薬物であるｔ－ＰＡを適応患者に対して処置する必要があります（超急性期血栓溶解療法）。この治療は、治療開始までの時間が短いほどその有効性が高く、合併症の発生を考慮すると発症後 4.5 時間以内に治療を開始することが重要となります。

○ ｔ－ＰＡによっても症状の改善が認められない場合や適応外の場合には、原則発症後８時間以内であれば、血管内治療による血栓除去術を行うことが可能です。同施設で血管内治療が困難な場合は、施設間の連携により対応します。

○ 上記のほか、患者の状況に応じて、抗凝固療法（血栓が生じないよう、血液が固まる働きを薬剤により抑える治療法）や抗血小板療法（血栓が生じないよう、血小板の凝集能力を薬剤により低下させる治療法）、脳保護療法（脳梗塞になった際に発生する活性酸素による脳の障害を防ぐため、活性酸素を薬剤により除去する治療法）等の対応が取られます。

○ 脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位によっては手術が行われることもあります。

○ くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術あるいは開頭を要しない血管内手術を行います。

○ 厚生労働省診療報酬施設基準の届出状況（平成 28（2016）年３月現在）によると、ｔ－ＰＡによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院は県内に 10 施設で、人口 10 万人あたり 0.5 と全国値の 0.6 をやや下回っています。なお、三重県調査（平成 29（2017）年）によると、県内の実施可能病院は 16 施設となっています。

○ ＮＤＢによると、平成 27（2015）年４月～平成 28（2016）年３月の１年間におけるｔ－Ｐ

Ａによる脳血栓溶解療法の実施件数は県内で 186 件あり、人口 10 万人あたり 10.1 件と、全国値 10.3 件をやや下回っています。また、脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数は県内で 156 件あり、人口 10 万人あたり 8.4 件と、全国値 9.0 件をやや下回っています。

○ 平成 27（2015）年４月～平成 28（2016）年３月の１年間におけるくも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術（再出血の防止のため、専用のクリップを用いて脳動脈瘤の根元を挟み、出血を防ぐ方法）の実施件数は県内で 137 件あり、人口 10 万人あたり 7.4 件と、全国値 7.7 件をやや下回っています。また、くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術（カテーテル*を脳血管内へ誘導し、脳動脈瘤内にコイルを詰めて閉塞させる治療方法）の実施件数は県内で 65 件あり、人口 10 万人あたり 3.5 件と、全国値 3.3 件を上回っています。

図表 5-2-13　急性期の治療に関する医療の提供状況

（単位：か所）

構想区域	t－ＰＡが実施可能な病院数 [1]		t－ＰＡが実施可能な病院数 [2]	脳梗塞に対する血栓回収療法が実施可能な病院数 [2]
	実　数	人口 10 万人あたり		
全　国	794	0.6	－	－
三重県	10	0.5	16	10
桑員区域	1	0.5	2	1
三泗区域	2	0.5	3	2
鈴亀区域	2	0.8	2	2
津区域	2	0.7	2	2
伊賀区域	0	0.0	2	0
松阪区域	2	0.9	2	2
伊勢志摩区域	1	0.4	2	1
東紀州区域	0	0.0	1	0

資料：[1]厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」（平成 28 年３月 31 日現在）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年１月１日現在）
[2]三重県調査（平成 29 年）

（単位：件／年）

構想区域	t－ＰＡによる脳血栓溶解療法実施件数		脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）実施件数	
	実　数	人口 10 万人あたり	実　数	人口 10 万人あたり
全　国	13,197	10.3	11,588	9.0
三重県	186	10.1	156	8.4
桑員区域	13	5.9		
三泗区域	20	5.3	20	5.3
鈴亀区域	18	7.2	13	5.2
津区域	17	6.0	16	5.7
伊賀区域				
松阪区域	17	7.6	22	9.8
伊勢志摩区域	90	37.3	77	32.0
東紀州区域				

※空白欄は 10 件未満のため非公表
資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年１月１日現在）

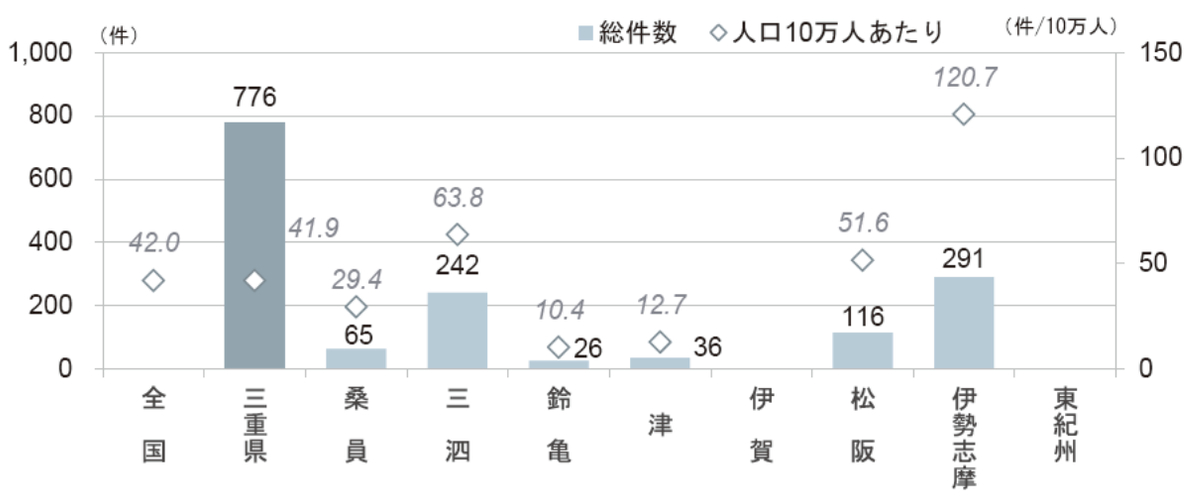
（単位：件／年）

構想区域	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術実施件数		くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術実施件数	
	実　数	人口 10 万人あたり	実　数	人口 10 万人あたり
全　国	9,828	7.7	4,207	3.3
三重県	137	7.4	65	3.5
桑員区域			31	3.6
三泗区域	29	7.6		
鈴亀区域	14	5.6		
津区域	21	7.4	15	3.3
伊賀区域				
松阪区域	17	7.6	19	4.1
伊勢志摩区域	31	12.9		
東紀州区域				

※空白欄は 10 件未満のため非公表
資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年１月１日現在）

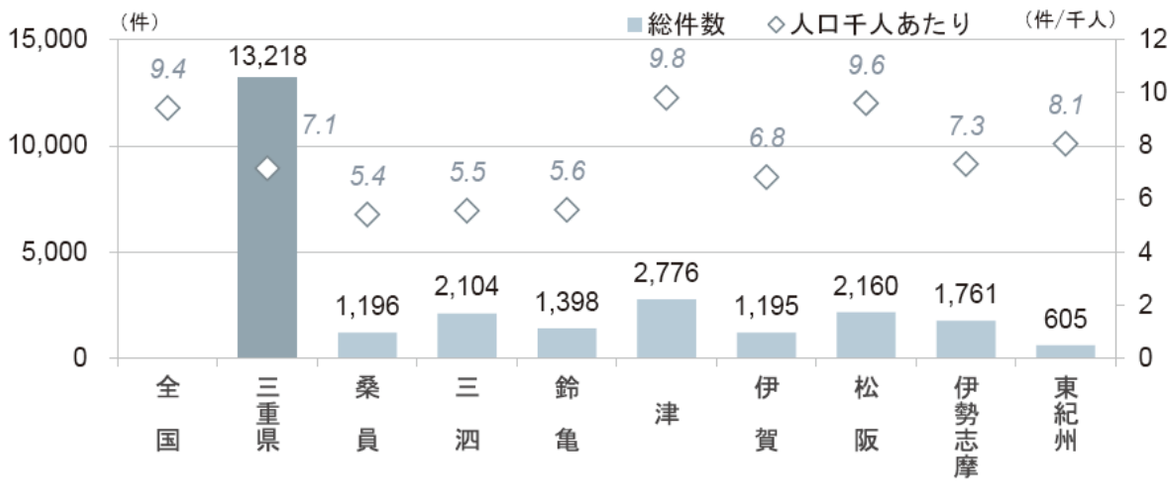
○ ＮＤＢによると、地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の人口 10 万人あたり実施件数は、伊勢志摩区域で全国値より多く、伊賀区域や東紀州区域では作成の取組が進んでいません。
○ 急性期リハビリテーションは、廃用性症候群*や合併症の予防と早期自立を目的として、可能ならば発症当日からベッドサイドで開始します。
○ 早期リハビリテーション（発症等から 30 日以内のリハビリテーション）実施件数は県内で 13,218 件あり、人口千人あたり 7.1 件と全国値 9.4 件を下回っています。

図表 5-2-14　地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の実施件数



※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあっては20件未満）の件数は含まれていません。
資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年１月１日現在）

図表 5-2-15　早期リハビリテーション実施件数



※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあっては20件未満）の件数は含まれていません。

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年１月１日現在）

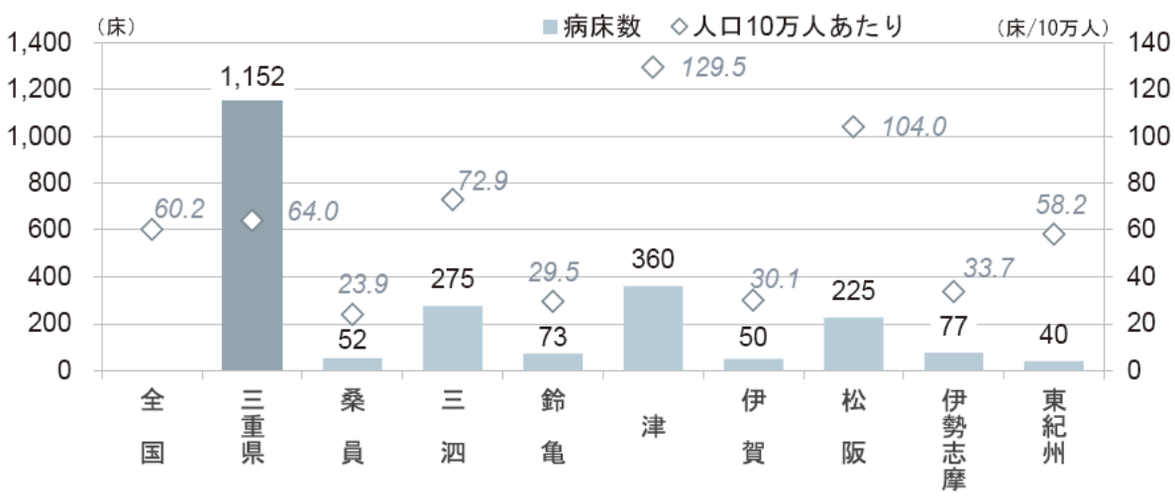
⑤ 回復期の治療

○ 急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧症、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する治療が行われます。

○ 回復期リハビリテーションは機能回復や日常生活動作の向上を目的として、訓練室での訓練が可能となった時期から集中して行います。

○ 平成 29（2017）年 12 月１日現在、本県の人口 10 万人あたりの回復期リハビリテーションの病床数は、64.0 床となっています。

図表 5-2-16　回復期リハビリテーション病床数

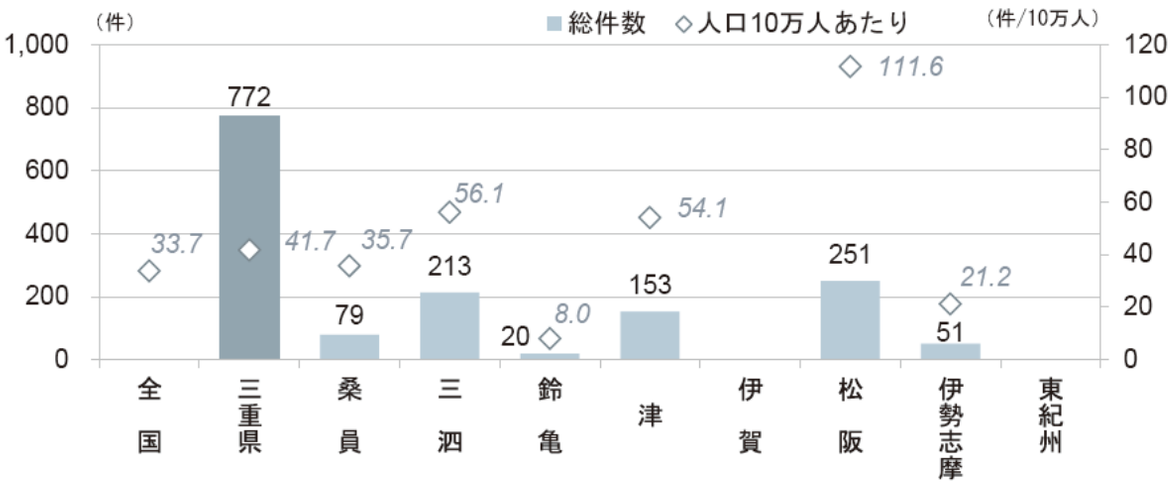


資料：全国　回復期リハビリテーション病棟協会データ集（平成28年３月１日現在）
総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年１月１日現在）
県　厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」（平成29年12月１日現在）
三重県「月別人口調査」（平成29年12月１日現在）

○ 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の人口 10 万人あたり実施件数は、松阪区域で全国値より多く、伊賀区域や東紀州区域では作成の取組が進んでいません。

○ 本県における脳血管疾患患者の平均在院日数は67.7日と、全国値89.1日と比べて短くなっています。

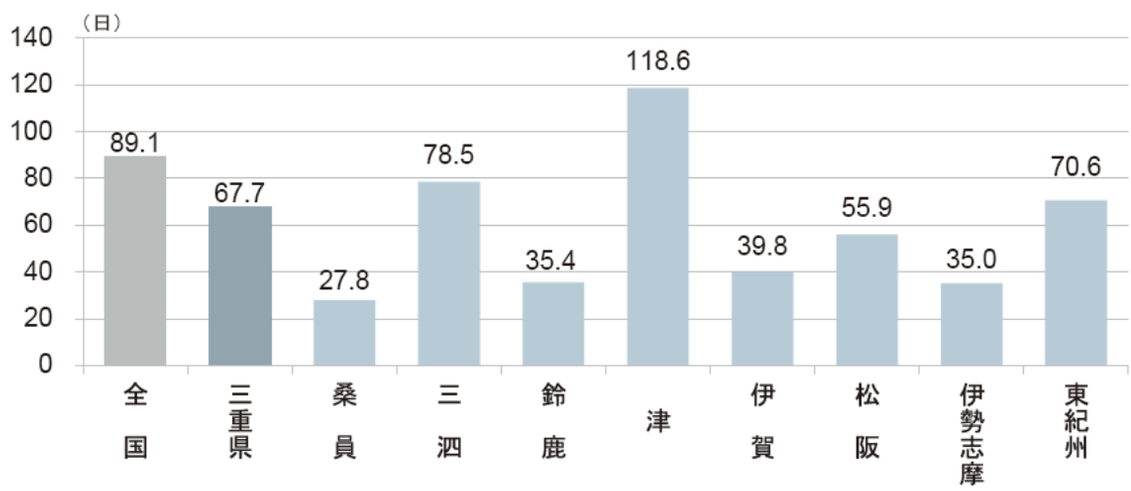
図表 5-2-17　地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数



※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあっては20件未満）の件数は含まれていません。

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年１月１日現在）

図表 5-2-18　脳血管疾患退院患者平均在院日数

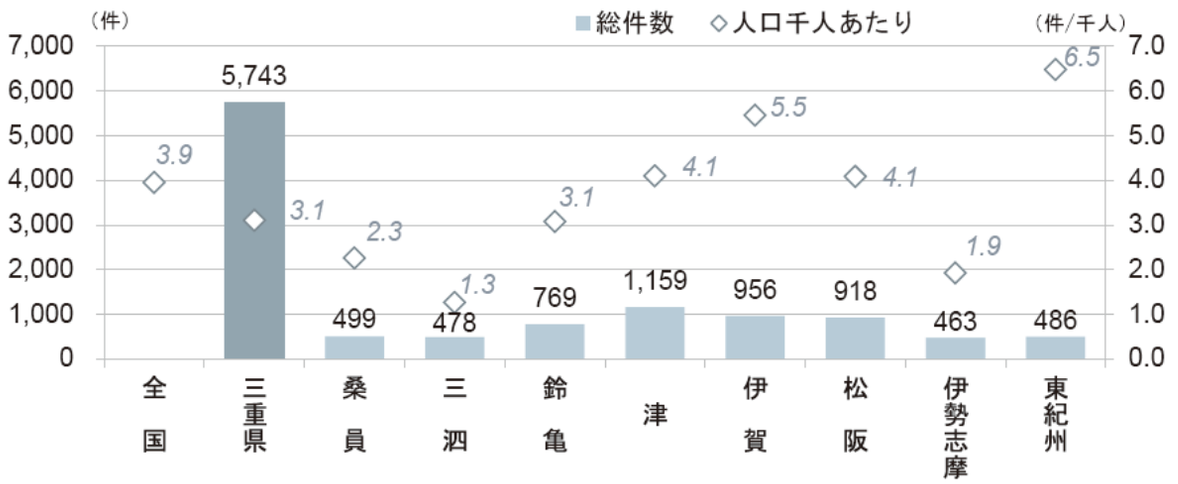


※平成26年９月中に退院した患者の状況を示しています。

資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査（個票解析）」

○ 急性期以後、合併症の中でも、誤嚥性肺炎を予防するため、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関を含め、多職種間で連携して対策を図ることが必要です。
○ 本県における嚥下機能訓練の実施件数は、5,743 件あり、人口千人あたり 3.1 件と、全国値 3.9 件を下回っています。

図表 5-2-19　脳卒中患者（入院＋外来）に対する嚥下機能訓練の実施件数



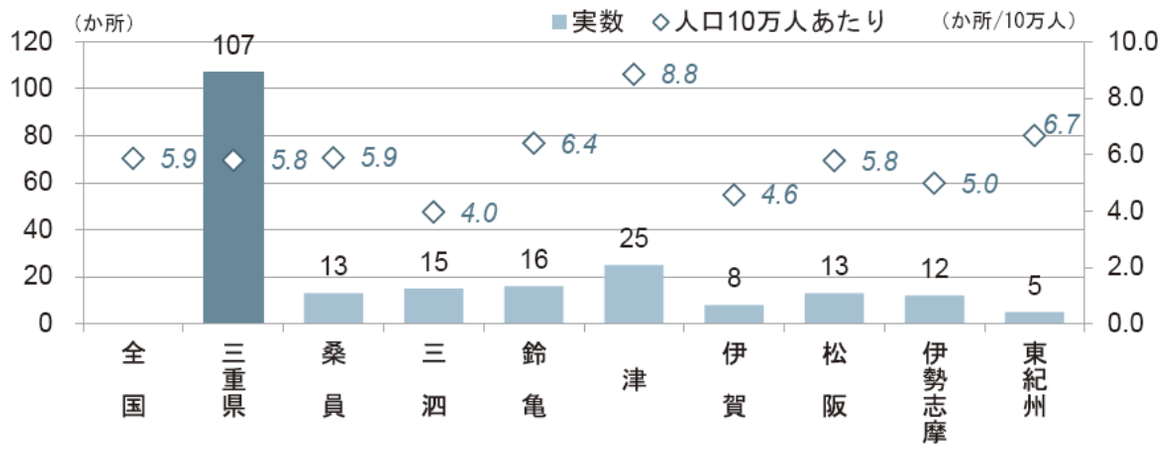
※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあっては20件未満）の件数は含まれていません。
資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年１月１日現在）

○ なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害を生じた患者の一部は、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となり、当該医療機関にとどまっているケースがあります。この問題の改善には、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と急性期の医療機関との連携強化等、総合的かつ切れ目のない対応が求められます。

⑥ 在宅医療、医療連携

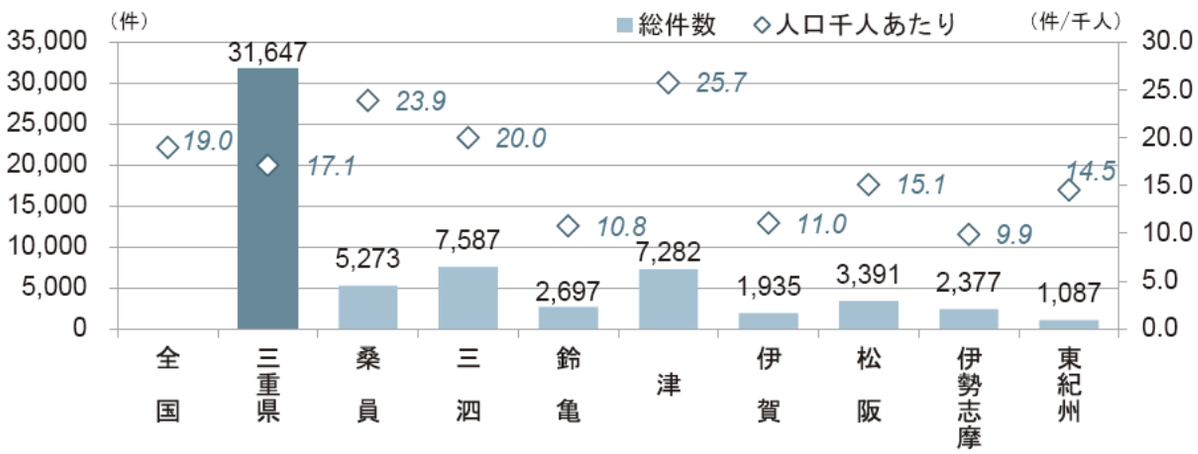
○ 在宅療養では、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、状況に応じて在宅生活に必要な介護サービスを受けます。脳卒中は再発することも多く、再発に備えて患者の周囲にいる人が対応策を学んでおくことが大切です。
○ 脳血管疾患等のリハビリテーションが可能な医療機関は県内に 107 施設あり、人口 10 万人あたりで全国値とほぼ同数となっています。また、リハビリテーションの実施件数は、人口千人あたりで 17.1 件と、全国値 19.0 件よりやや少ない状況です。
○ 脳血管疾患で在宅等生活の場に復帰した患者の割合は 58.2%で、全国値の 52.7%を上回る成果を得ていますが、東紀州区域では 38.1%と低くなっています。

図表 5-2-20　脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数
（脳血管疾患等リハビリテーション料算定医療機関数合計）



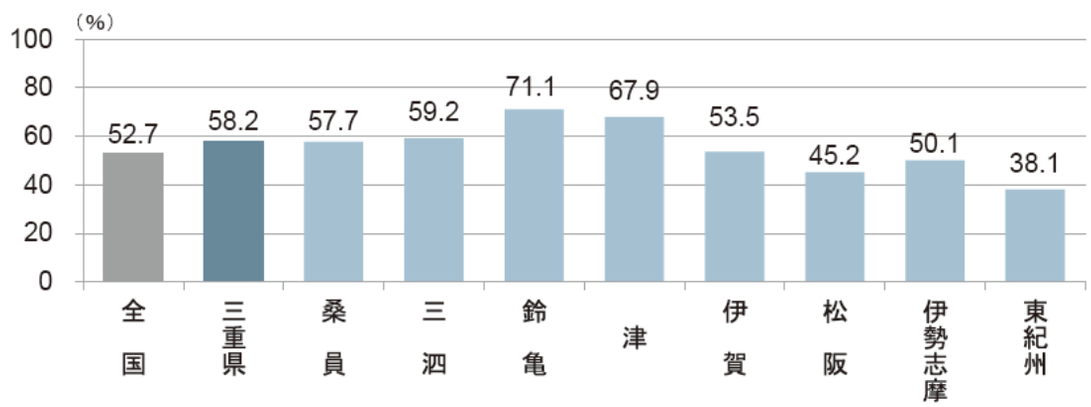
資料：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」（平成28年３月31日現在）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年１月１日現在）

図表 5-2-21　脳卒中に対するリハビリテーションの実施件数（入院+外来）



※区域ごとのレセプト件数には、10件未満の市町（人口25,000人未満の市町にあっては20件未満）の件数は含まれていません。
資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年１月１日現在）

図表 5-2-22　脳血管疾患の在宅等生活の場への復帰割合



※平成26年９月中に退院した患者の状況を示しています。

資料：厚生労働省「平成26年 患者調査（個票解析）」

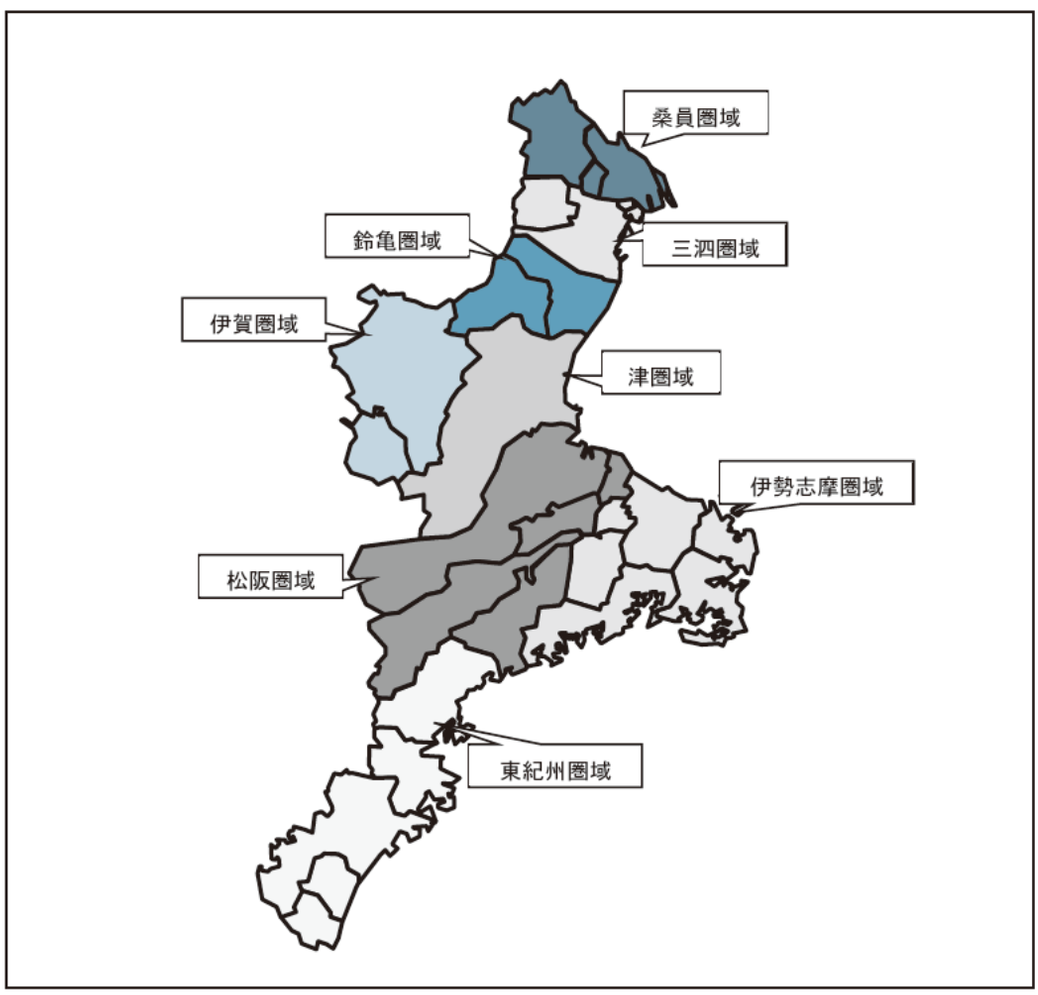
2. 圏域の設定と連携体制

（1）圏域の設定

○ 平成 28（2016）年度、三重県地域医療構想の策定に伴い、医療機能の分化・連携を推進していくために新たに８つの地域医療構想区域を設定したところです。これまで本県における脳卒中対策では、９つの脳卒中医療連携圏域を設定してきましたが、今後は、地域医療構想区域を基本として医療提供体制を検討していくこととします。

○ 今後、８つの圏域において脳卒中医療の自己完結をめざすものとしますが、現状の医療提供体制を鑑み、急性期医療（脳血管内手術等）において圏域内での完結が困難な場合は、圏域を超えた、より広域的な範囲での連携が必要です。

図表 5-2-23　脳卒中医療連携圏域



(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 脳卒中医療連携圏域における各医療機能を担う医療機関

図表 5-2-24　脳卒中医療連携圏域における各医療機能を担う医療機関数

二次医療圏・脳卒中医療連携圏域 ＼ 医療機能		受入れ可能範囲 急性期	受入れ可能範囲 回復期	受入れ可能範囲 維持期	SCUまたは準じる専門病棟等を設定している施設	脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている施設	t-PAを用いた経静脈的血栓溶解療法を実施している施設 ※（　）は24時間対応の施設	脳梗塞に対する脳血栓回収療法を実施している施設	脳動脈瘤クリッピング術または脳動脈瘤コイル塞栓術を実施している施設	脳外科手術を実施している施設	急性期リハビリテーションを実施している施設	回復期患者の外来での受入れが可能である施設	回復期患者の入院での受入れが可能である施設	回復期リハビリテーションを実施できる病床を有している施設	維持期患者の外来での受入れが可能である施設	維持期患者の入院での受入れが可能である施設	地域連携クリティカルパスを導入している施設
北勢	桑員	4	5	8	2	1	2(2)	1	2	2	7	6	6	1	9	8	4
	三泗	4	8	8	2	0	3(2)	2	2	2	7	7	8	6	7	9	6
	鈴亀	2	4	3	2	1	2(2)	2	2	2	5	4	4	2	4	4	5
中勢伊賀	津	5	8	10	2	0	2(2)	2	2	2	7	7	7	6	9	10	4
	伊賀	3	2	3	2	0	2(1)	0	2	2	3	2	2	1	3	2	0
南勢志摩	松阪	3	4	6	2	1	2(1)	2	2	2	2	4	4	3	5	5	5
	伊勢志摩	2	7	6	1	1	2(1)	1	1	1	6	6	7	4	6	6	4
東紀州		2	4	2	0	0	1(0)	0	0	1	2	4	4	1	4	4	0
総計		25	42	46	13	4	16(11)	10	13	14	39	40	42	24	47	48	28

資料：三重県調査（平成29年）

② 脳卒中医療連携圏域ごとの医療資源と連携体制等の現状

図表 5-2-25　脳卒中医療連携圏域における医療資源と連携体制の現状

脳卒中医療連携圏域		医療資源と連携体制等の現状
桑員	桑名市 いなべ市 木曽岬町 東員町	・中心となる急性期病院として、桑名市総合医療センターがあります。 ・圏域内でｔ-ＰＡによる血栓溶解療法の24時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。 ・特に神経内科医師、リハビリテーション科医師の確保が課題です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。
三泗	四日市市 菰野町 朝日町 川越町	・中心となる急性期病院として、救命救急センターの機能を有する県立総合医療センター・市立四日市病院があります。 ・圏域内でｔ-ＰＡによる血栓溶解療法の24時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。
鈴亀	鈴鹿市 亀山市	・中心となる急性期病院として、厚生連鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院があります。 ・圏域内でｔ-ＰＡによる血栓溶解療法の24時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。

津	津市	・中心となる急性期病院として、三重大学医学部附属病院、国立病院機構三重中央医療センターがあります。 ・救急搬送では、現場滞在に時間がかかる件数の割合が比較的高くなっています。 ・圏域内でｔ－ＰＡによる血栓溶解療法の 24 時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。
伊賀	名張市 伊賀市	・中心となる急性期病院として、名張市立病院と岡波総合病院があります。 ・圏域内でｔ－ＰＡによる血栓溶解療法の 24 時間対応及び外科手術等の実施が可能ですが、脳梗塞に対する血栓回収療法が可能な病院が整備されていません。 ・特に神経内科医師、リハビリテーション科医師の確保が課題です。 ・地域連携クリティカルパス導入に向けた取組が必要です。
松阪	松阪市 多気町 明和町 大台町 大紀町	・急性期病院として、厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院があります。 ・圏域内でｔ－ＰＡによる血栓溶解療法の 24 時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。
伊勢志摩	伊勢市 鳥羽市 志摩市 玉城町 度会町 南伊勢町	・急性期病院として、救命救急センター機能を有する伊勢赤十字病院があります。 ・救急搬送では、現場出発から病院引継までの時間がかかる件数の割合が比較的高くなっています。 ・圏域内でｔ－ＰＡによる血栓溶解療法の 24 時間対応が可能です。また、脳梗塞に対する血栓回収療法や外科手術等の実施が可能です。
東紀州	尾鷲市 熊野市 紀北町 御浜町 紀宝町	・急性期病院として、尾鷲総合病院、紀南病院があります。 ・圏域内でｔ－ＰＡによる血栓溶解療法や外科手術の実施は可能ですが、血栓回収療法等の実施可能な病院が整備されていません。 ・特に神経内科医師、リハビリテーション科医師の確保が課題です。 ・救急搬送では、現場滞在に時間がかかる件数の割合が比較的高くなっています。 ・地域連携クリティカルパス導入に向けた取組が必要です。 ・脳卒中患者に対するリハビリテーションは比較的多く実施されています。 ・在宅等復帰の割合は、他の圏域と比べ低くなっています。

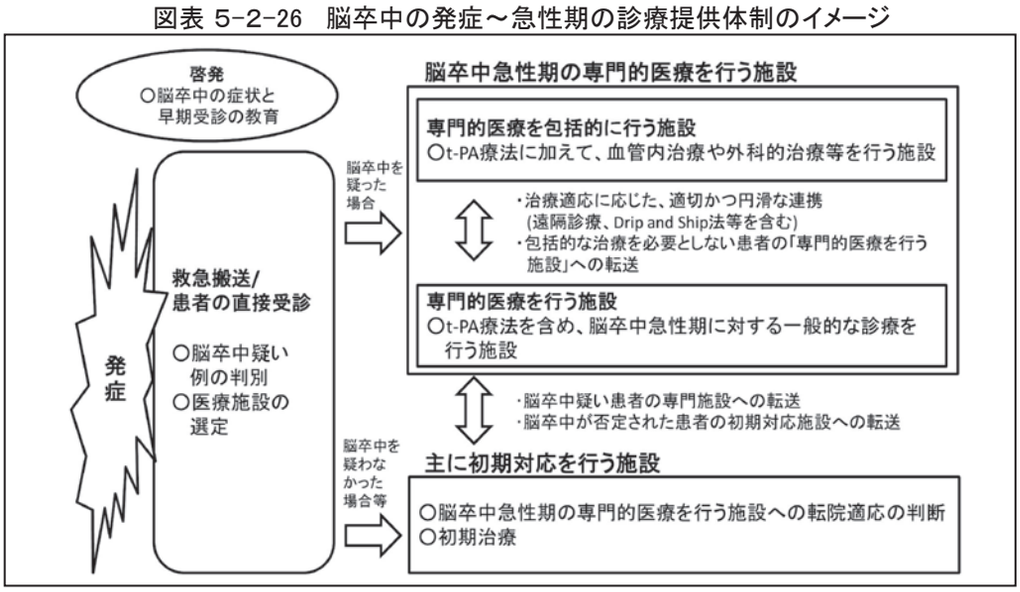
(3) 連携のあり方

○ 脳卒中の急性期医療においては、24 時間専門的な診療を提供できる体制を確保することが必要となりますが、単一の医療機関で確保することが困難な場合は、地域における複数の医療機関が連携し、24 時間体制を確保することが求められています。

○ 脳卒中に対しては時間的な制約があるため、各圏域内でのネットワーク体制の構築が基本となりますが、医療資源の状態によっては、遠隔診療による診断の補助や、Drip and Ship* 法等の活用を通じ、圏域外の医療機関との連携体制の構築が必要です。

○ 脳卒中の急性期診療を 24 時間体制で提供できる医療機関同士のネットワークを構築するにあたっては、急性期の専門的医療を行う医療機関が担うべき機能を、圏域内のネットワークを構築している医療機関において、分担する必要があります。ただし、ネットワーク内でそれぞれの医療機関が提供する医療機能は、圏域の状況や医療資源に応じて、柔軟に設定する必要があります。

図表 5-2-26　脳卒中の発症～急性期の診療提供体制のイメージ

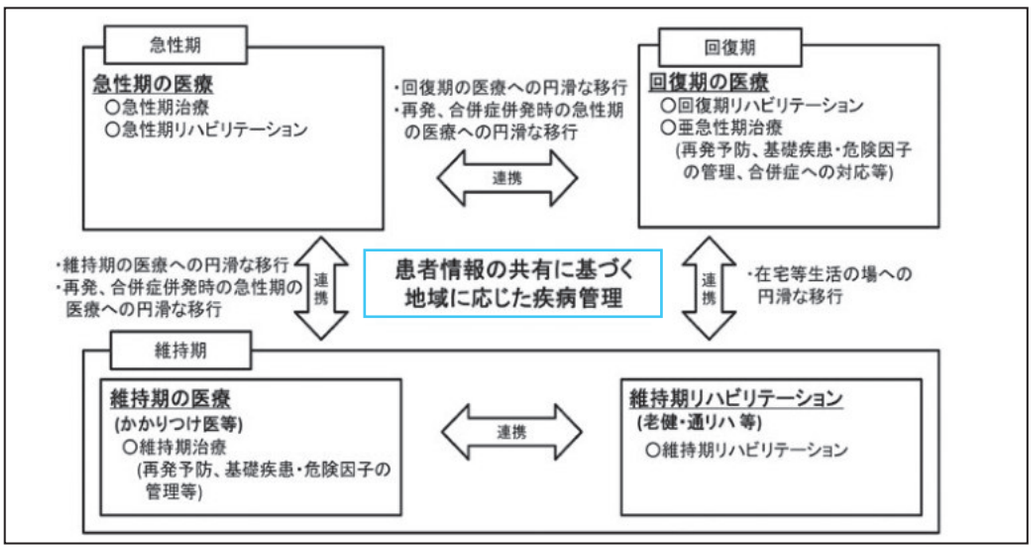


出典：厚生労働省提供資料

○ 急性期の連携に加えて、回復期の医療機関、維持期を担う老人保健施設等、かかりつけ医、訪問看護ステーション、地域包括支援センター*、介護支援専門員*（ケアマネジャー*）等が連携し、患者の状態に応じた医療、ケアを提供する体制を構築する必要があります。また、体制構築のためには患者情報の共有に基づく適切な疾病管理を行う必要があります。

○ それぞれの地域において、脳卒中医療連携を推進するためには急性期医療、回復期リハビリテーション、維持期リハビリテーションおよび在宅でのケアを担う各機関が、連携ツールや共通の指標、リハビリテーション実施計画などを明確にした地域連携クリティカルパスを構築していくことが必要です。

図表 5-2-27　脳卒中の診療提供体制の全体像イメージ



出典：厚生労働省提供資料

3. 課題

(1) 予防体制

○ 脳卒中による年齢調整死亡率は減少傾向にありますが、全国と比較すると女性は高い水準にあります。また、県内保健所管内別に比較すると、県南部において高い傾向にあります。

○ 重症化を防ぐために、生活習慣病対策の推進が重要です。高血圧症や脂質異常症などを早期に発見し、脳卒中の発症を予防するため、特定健康診査の未受診者に対して個別の受診勧奨を行う、休日に健康診査を実施するなど、受診率向上を図る取組が必要です。

(2) 医療提供体制

① 発症後の救護、搬送等

○ 脳卒中の治療にあたる専門科医師の確保が必要であり、特に桑員圏域、伊賀圏域および東紀州圏域において不足しています。また専門科医師が不足する中、救急病院での初期対応等では一般内科医師も重要な役割を担うことから、積極的な関わりが必要です。

○ 救急搬送時間は、全国平均とほぼ同水準ですが、救急搬送時の現場滞在時間や病院引継ぎまでの時間において、圏域で差が見られます。

○ 発症後、速やかな救急救命処置等の実施と、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送体制が望まれます。

② 急性期の治療

○ 伊賀圏域や東紀州圏域では、血管内治療等の実施可能な医療機関が不足しており、24 時間専門的な診療を提供できる体制を確保するために、県内の他圏域や隣県の医療機関とも連携し、脳卒中医療連携体制を充実させることが必要です。

○ 地域連携クリティカルパスに基づく急性期の診療計画作成等の実施件数は、特に鈴亀圏域、津圏域、伊賀圏域および東紀州圏域で少ない状況であるため、取組が必要です。
○ 早期リハビリテーション実施件数が全国平均を下回っており、実施体制の整備が必要です。

③ 回復期の治療

○ 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成件数は、特に鈴亀圏域、伊賀圏域および東紀州圏域で少ない状況であるため、取組が必要です。

④ 在宅医療、医療連携

○ 東紀州圏域では、脳卒中医療連携の仕組みを構築し、早期の在宅復帰を促進していく必要があります。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

○ 多くの県民が、脳卒中予防のための正しい知識を持つとともに、バランスのとれた食生活と適度な運動等により、高血圧症等の生活習慣病の予防や、その改善に取り組んでいます。
○ また、脳卒中の発症後の速やかな搬送と、専門的な診療が可能となるよう、二次、三次の救急医療体制が整備されるとともに、脳卒中に関する専門的な診療を行う医療機関が整備されています。
○ さらに、急性期から回復期、そして維持期の全ての病期において、切れ目なく適切なリハビリテーション医療が行われており、入院患者が地域に帰っても、かかりつけ医等による継続的な在宅医療等が受けられています。

(2) 取組方向

取組方向１：発症予防対策の充実
取組方向２：迅速な対応が可能な急性期の医療体制の構築
取組方向３：地域における脳卒中医療の急性期、回復期、維持期および在宅医療提供体制の整備
取組方向４：切れ目のない脳卒中医療を推進するための連携体制の充実

(3) 数値目標

<table>
<tr><th>目標項目</th><th>目標項目の説明</th><th>目標値・現状値</th></tr>
<tr><td rowspan="4">脳血管疾患による年齢調整死亡率

【三重の人口動態】</td><td rowspan="4">過去の減少率を勘案し、平成 28 年の全国値（男性 36.2、女性 20.0）の▲20%まで低減することを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>男性
29.0 以下</td><td>女性
16.0 以下</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状（H28）</td></tr>
<tr><td>男性 34.7</td><td>女性 19.8</td></tr>
<tr><td rowspan="4">特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

【特定健康診査・特定保健指導に関するデータ】</td><td rowspan="4">特定健康診査受診率および特定保健指導実施率を国の「健康日本 21*（第２次）」に準じて向上させることを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>特定健康診査
受診率
70%以上</td><td>特定保健
指導実施率
45%以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状（H27）</td></tr>
<tr><td>特定健康診査
受診率
53.0%</td><td>特定保健
指導実施率
17.5%</td></tr>
<tr><td rowspan="4">受入困難事例の割合

【三重県調査】</td><td rowspan="4">重症以上の事案において、救急車の現場滞在時間が 30 分以上および４回以上医療機関に要請を行った割合の低減を目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>30 分以上
3.3%</td><td>４回以上
2.0%</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状（H28）</td></tr>
<tr><td>3.8%</td><td>2.3%</td></tr>
<tr><td rowspan="4">脳梗塞に対するｔ－ＰＡによる脳血栓溶解療法を 24 時間実施可能とする圏域

【三重県調査】</td><td rowspan="4">脳梗塞に対するｔ－ＰＡによる脳血栓溶解療法が、全圏域内で 24 時間実施可能とすることを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td colspan="2">８圏域</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状（H29）</td></tr>
<tr><td colspan="2">７圏域</td></tr>
<tr><td rowspan="4">他の医療機関等と連携のための協議を行う病院数

【三重県調査】</td><td rowspan="4">急性期から回復期、維持期にかけて包括的に連携するための協議（同一法人内のみでの協議を除く。）に参加する病院数を増加させることを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td colspan="2">延べ 69 施設</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状（H29）</td></tr>
<tr><td colspan="2">延べ 53 施設</td></tr>
</table>

(4) 取組内容

取組方向１：発症予防対策の充実

○ 「三重の健康づくり基本計画」による普及啓発等により、県民に対し、脳卒中予防についての正しい知識の浸透を図るとともに、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着、禁煙等の生活習慣病の改善に取り組みます。（県民、事業者、保険者、関係機関、市町、県）

○ 脳卒中の発症につながる高血圧のコントロールや、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム*）の早期発見のため、健康診断等の受診率の向上を図るとともに、県民への保健指

導を充実させます。（県民、事業者、保険者、医療機関、医療関係団体、市町、県）
○ 脳卒中発症の危険因子である高血圧症、糖尿病、脂質異常症、不整脈等の管理を進めるため、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局の普及啓発を図ります。（医療機関、医師会、薬剤師会、市町、県）

取組方向２：迅速な対応が可能な急性期の医療体制の構築
○　医療機関の協力を得て、本人、家族等に対して、脳卒中の初期症状や救急時の対応に関する正しい知識、家族等発見者による速やかな救急搬送要請についての必要性の周知に努めます。（県民、医療機関、医師会、消防機関、市町、県）
○ 脳梗塞発症後、速やかにｔ－ＰＡ療法が常時可能な医療機関への搬送が行われるよう、脳卒中医療提供体制について、消防機関と医療機関における情報共有・連携強化を促進します。（医療機関、消防機関、市町、県）
○ 地域メディカルコントロール協議会の定めた手順等に従って、脳卒中による救急搬送事例の事後検証を行います。（医療機関、消防機関、市町、県）

取組方向３：地域における脳卒中医療の急性期、回復期、維持期および在宅医療提供体制の整備
○ 各圏域において、ｔ－ＰＡ療法等一般的な急性期医療を 24 時間提供できる体制を確保するため、単一の医療機関で実施することが困難な場合は、圏域内の複数の医療機関が連携する等の取組を進めます。（医療機関、市町、県）
○ 桑員圏域、伊賀圏域および東紀州圏域については、神経内科医、リハビリテーション科医が不足していることから、圏域内の中核病院における診療体制の充実を図るとともに、ドクターヘリの活用や、隣県の医療機関とも連携した体制の整備に努めます。（医療機関、関係機関、市町、県）
○ 在宅療養患者については、入院医療機関と在宅医療に係る機関との情報共有や連携を図り、24 時間切れ目のない継続的な医療提供体制を確保するとともに、身近な地域で在宅医療が受けられるよう、訪問診療を実施する一般診療所や在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ステーション等の充実を図ります。（医療機関、医療関係団体、市町、県）
○ 入院時から退院後の生活を見据えた支援が行われるよう、入院医療機関において退院支援・調整に関わる職種等を対象とした研修を行います。（医療機関、医療関係団体、関係機関、市町、県、）
○ 回復期・維持期における摂食・嚥下等の口腔機能の回復や、誤嚥性肺炎等の予防のための口腔ケアの促進に取り組みます。（医療機関、歯科医師会、県）

取組方向４：切れ目のない脳卒中医療を推進するための連携体制の充実
○ 各脳卒中医療連携圏域で、各病期に対応したリハビリテーション機能が切れ目なく展開されるよう、医療機関や介護施設、関係団体等による連携強化を促進していきます。（医療機関、介護施設、医療・介護関係団体、市町、県）
○ 脳卒中患者が退院後、安定した地域生活が送れるよう、かかりつけ医や介護保険サービス事業者（介護支援専門員、訪問看護・訪問介護事業者、リハビリテーション事業者等）と

の情報共有を促進します。（医療機関、介護施設、市町、県）

○ 各脳卒中医療連携圏域で脳卒中地域連携クリティカルパスが構築されるよう、ＩＣＴの活用も含め、関係機関が連携して取り組みます。（医療機関、介護施設、医師会、関係機関、市町、県、）

○ 三重県脳卒中医療福祉連携懇話会において、地域における脳卒中医療福祉連携のシステムづくりのための情報交換、調査等を行います。（医療機関、介護施設、医療関係団体、県）

第３節｜心筋梗塞等の心血管疾患対策

１．心筋梗塞等の心血管疾患における医療の現状

（1）心筋梗塞等の心血管疾患の疫学

① 急性心筋梗塞

○ 急性心筋梗塞とは、心臓に十分に血液がいきわたっていない「虚血性心疾患」の一つで、心臓に酸素と栄養を送る血管である冠動脈に血栓が詰まって心臓の筋肉に血液が流れなくなり、その細胞が壊死してしまう状態です。

○ 心筋梗塞は、心電図上の所見によりＳＴ上昇型心筋梗塞 *と非ＳＴ上昇型心筋梗塞 *に大別されます。

○ 本県における心疾患を原因とする死亡数は年間 2,926 人であり、死因別の割合としてはがんに次いで第２位となっています。また心疾患のうち急性心筋梗塞による死亡数は 678 人で、心疾患による死亡割合の 23.2%を占めています[1]。

○ 本県の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたりの年齢構成を調整した死亡率）は男性 20.6（全国 15.5）、女性 7.6（全国 5.7）であり、全国値を上回っています。

図表 5-3-1 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

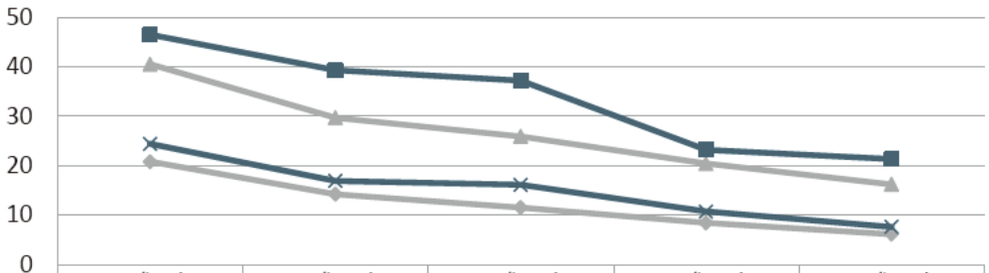
	区分	心疾患	
			急性心筋梗塞
男	全　国[1]	64.5	15.5
	三重県[2]	65.7	20.6
女	全　国[1]	33.1	5.7
	三重県[2]	33.0	7.6

資料：[1]厚生労働省「平成28年　人口動態調査」
[2]三重県「平成28年　三重県の人口動態」

[1] 出典：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」

○ 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、平成７（1995）年から男女ともに経年的に低下していますが、男女ともに全国の水準をやや上回って推移しています。

図表 5-3-2 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

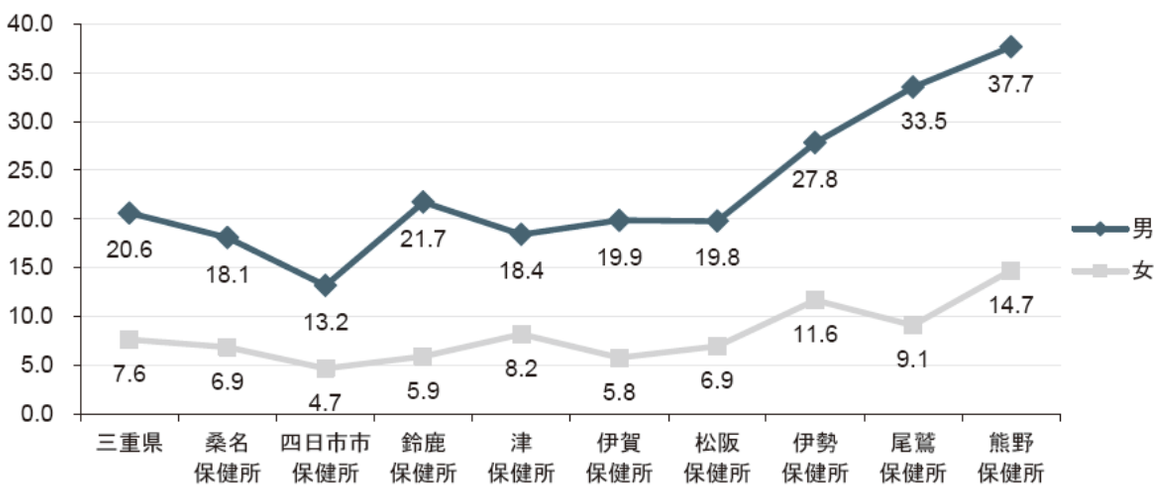


	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
男　全国	40.5	29.7	25.9	20.4	16.2
男　三重	46.5	39.3	37.2	23.2	21.3
女　全国	20.8	14.2	11.5	8.4	6.1
女　三重	24.4	16.9	16.1	10.7	7.6

資料：厚生労働省「平成 27 年 都道府県別年齢調整死亡率」

○ 県内各保健所管内別の年齢調整死亡率を比較すると、伊勢、尾鷲および熊野保健所管内で高く、桑名および四日市市保健所管内で低い傾向にあります。

図表 5-3-3 各保健所管内別の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）



資料：三重県「平成28年 三重県の人口動態」

② 大動脈解離

○ 大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔(真腔・偽腔)になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、さまざまな症状をきたします。また、解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれます。

○ 大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈*に解離が及んでいる Stanford A 型と上行大動脈に解離が及んでいない Stanford B 型に分類されます。

○ 本県における大動脈瘤および解離を原因とする死亡数は年間 311 人であり、死因別の割合としては第８位となっています[2]。

○ 本県の大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率は男性 7.4（全国 6.4）、女性 3.1（全国 3.3）であり、男性は全国値を上回っており、女性は全国値と同水準となっています。

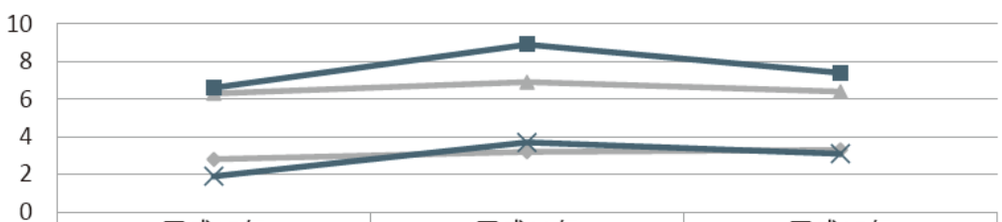
図表 5-3-4 大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

	区分	大動脈瘤および解離
男	全　国	6.4
	三重県	7.4
女	全　国	3.3
	三重県	3.1

資料：厚生労働省「平成27年 都道府県別年齢調整死亡率」

○ 大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率は、平成 17（2005）年と比較すると、やや増加しています。女性については、全国と同水準で推移していますが、男性については、全国の水準をやや上回って推移しています。

図表 5-3-5 大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）



	平成17年	平成22年	平成27年
男　全国	6.3	6.9	6.4
男　三重	6.6	8.9	7.4
女　全国	2.8	3.2	3.3
女　三重	1.9	3.7	3.1

資料：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」（平成 17 年、22 年、27 年）

○ ＤＰＣ*データによると平成 27（2015）年度の県内のＤＰＣ対象医療機関における解離性大動脈瘤の退院件数は 173 件であり、近年は増加傾向にあります。

図表 5-3-6 DPC対象医療機関における解離性大動脈瘤の退院患者数

		平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
手術なし		59	103	120
手術あり	ステントグラフト*内挿術	0	0	17
	その他の手術	24	42	36
計		83	145	173

資料：厚生労働省「診療報酬調査専門組織・ＤＰＣ評価分科会」

[2] 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

③ 慢性心不全

○ 慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流をきたし日常生活に支障が生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、さまざまな症状をきたします。

○ 本県における心不全を原因とする死亡数は年間 933 人であり、心疾患による死亡割合の 31.9%を占めています[3]。

○ 本県の心不全の年齢調整死亡率は男性 14.6（全国 16.7）、女性 10.6（全国 12.0）であり、全国値を下回っています。

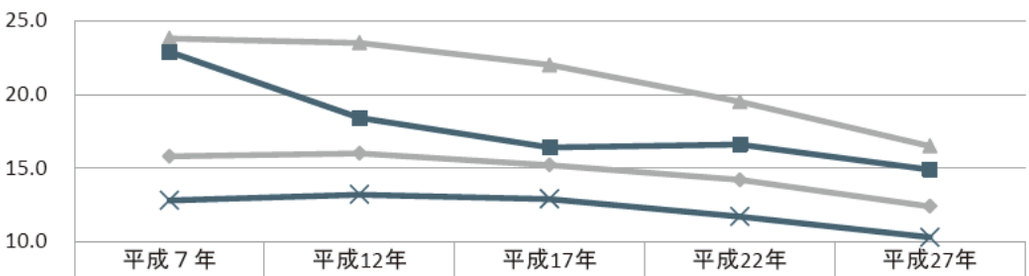
図表 5-3-7 心不全の年齢調整死亡率（人口 10 万人あたり）

	区分	心不全
男	全　国[1]	16.7
	三重県[2]	14.6
女	全　国[1]	12.0
	三重県[2]	10.6

資料：[1]厚生労働省「平成28年 人口動態調査」
[2]三重県「平成28年 三重県の人口動態」

○ 心不全の年齢調整死亡率は、平成７（1995）年から男女ともに全国の水準をやや下回りながら、経年的に低下しています。

図表 5-3-8 心不全の年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)



	平成７年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
男　全国	23.8	23.5	22.0	19.5	16.5
男　三重	22.9	18.4	16.4	16.6	14.9
女　全国	15.8	16.0	15.2	14.2	12.4
女　三重	12.8	13.2	12.9	11.7	10.3

資料：厚生労働省「平成 27 年 都道府県別年齢調整死亡率」

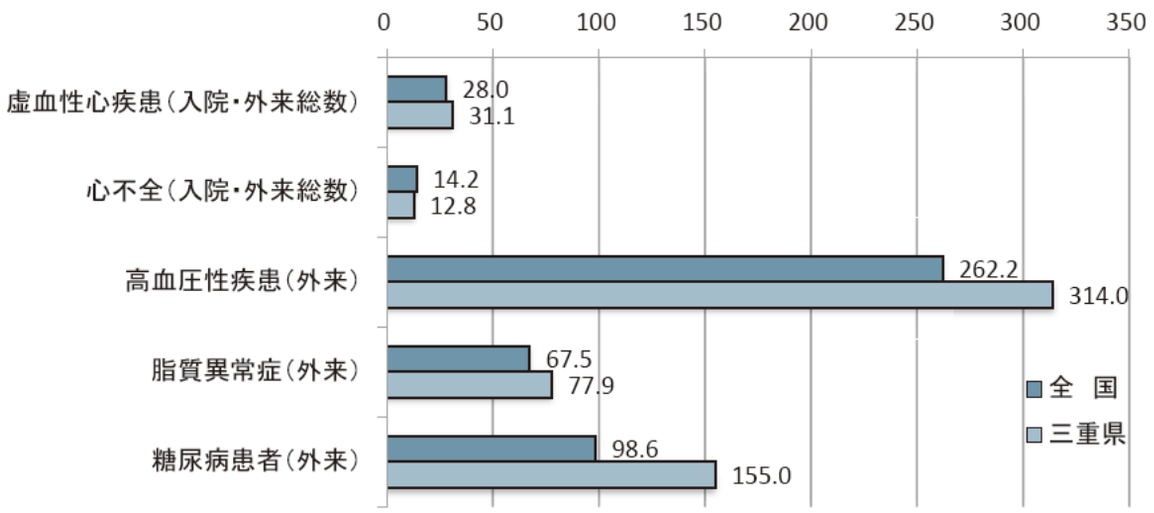
[3] 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

(2) 受療動向

① 心疾患に関連する疾患の年齢調整受療率

○ 本県における人口 10 万人あたりの虚血性心疾患（入院・外来総数）の年齢調整受療率は、31.1 で、全国値の 28.0 を上回っていますが、心不全（入院・外来総数）については、12.8 で、全国値の 14.2 を下回っています。また、高血圧性疾患（外来）、脂質異常症（外来）、糖尿病患者（外来）の年齢調整受療率については、全国値を上回っています。

図表 5-3-9 心疾患に関連する疾患の年齢調整受療率（人口 10 万人あたり）



資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」、昭和 60 年モデル人口

② 受療動向

○ ＮＤＢによると、本県の平成 27（2015）年４月～平成 28（2016）年３月における急性心筋梗塞（主病名）のレセプト件数は、入院で 1,196 件、外来で 11,620 件ありました。

○ 入院患者については、61 件（5.1%）が県外へ流出していますが、県外からの流入はありません。外来患者については、326 件（2.8%）が県外へ流出し、77 件（0.7%）が県外から流入しており、流出超過となっています。

○ 二次医療圏ごとの流出入については、入院では南勢志摩医療圏のみ流入超過で、外来では北勢医療圏および南勢志摩医療圏で流入超過となっています。また、入院、外来とも特に東紀州医療圏で流出が顕著となっています。

図表 5-3-10 二次医療圏別 急性心筋梗塞（主病名） 入院患者の流出・流入状況

（単位：件）

医療機関所在地 / 患者所在地	総　数	北勢医療圏	中勢伊賀医療圏	南勢志摩医療圏	東紀州医療圏	県外	流出率
総　数	1,196	413	272	423	27	61	5.1%
北勢医療圏	424	413				11	2.6%
中勢伊賀医療圏	304		272	12		20	10.5%
南勢志摩医療圏	395			395		0	0.0%
東紀州医療圏	73			16	27	30	63.0%
県　外	0	0	0	0	0	—	—
流入率	0.0%	0.0%	0.0%	6.6%	0.0%	—	—

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

図表 5-3-11 二次医療圏別 急性心筋梗塞（主病名） 外来患者の流出・流入状況

（単位：件）

医療機関所在地 / 患者所在地	総　数	北勢医療圏	中勢伊賀医療圏	南勢志摩医療圏	東紀州医療圏	県外	流出率
総　数	11,620	5,664	2,407	3,018	205	326	2.8%
北勢医療圏	5,633	5,510	15			108	2.2%
中勢伊賀医療圏	2,526	126	2,322	53		25	8.1%
南勢志摩医療圏	2,970		12	2,947		11	0.8%
東紀州医療圏	414		22	18	192	182	53.6%
県　外	77	28	36	0	13	—	—
流入率	0.7%	2.7%	3.5%	2.4%	6.3%	—	—

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。
※空白欄は 10 件未満のため非公表であり、また、合計数には含まれていません。
※総数欄の流出率・流入率は、県外への流出率・県外からの流入率です。

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患の予防

○ 急性心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子は、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病に基づくものや喫煙、肥満、ストレス等があり、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。

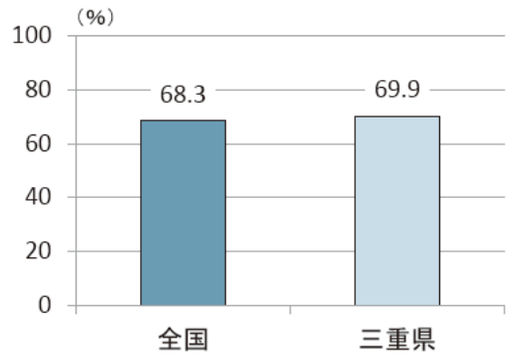
○ 本県の健康診断・健康診査の受診率は 69.9%で、全国の 68.3%と比較して高い傾向にあります。

○ 本県における平成 27（2015）年度の特定健康診査の受診率は 53.0%で、全国値 50.1%を上回っています。また、特定保健指導の実施率は 17.5%で、全国値 17.5%と同率です[4]。

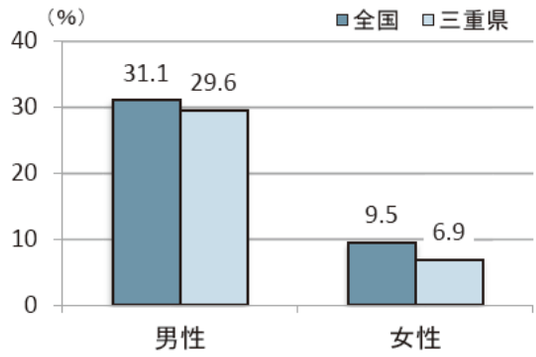
○ 本県の喫煙率は、男性 29.6%（全国 31.1%）、女性 6.9%（全国 9.5%）であり、全国平均を下回っています。

[4] 出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

図表 5-3-12 健康診断・健康診査の受診率



図表 5-3-13 全国と三重県の男女別喫煙率



資料：いずれも厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」

○ 禁煙外来を行っている病院数は、人口 10 万人あたり県全体で 1.1 施設あり、全国値 1.9 施設を下回っています。また、禁煙外来を行っている一般診療所数は、人口 10 万人あたり県全体で 11.9 施設あり、全国値 10.0 施設を上回っています。

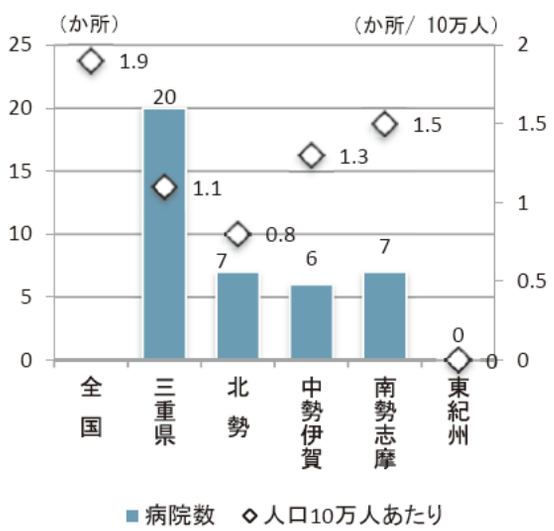
図表 5-3-14 禁煙外来を行っている診療所数および病院数

（単位：か所）

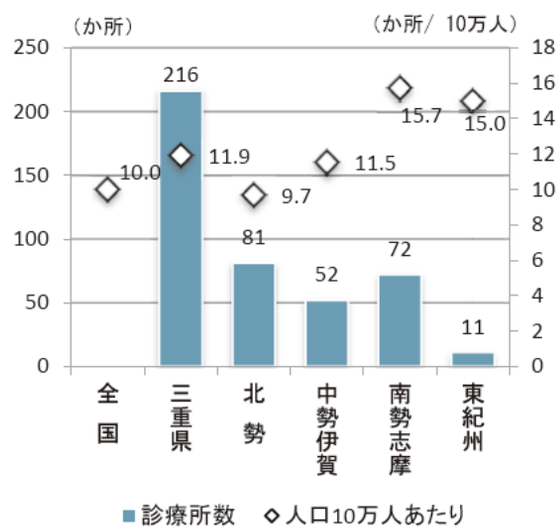
二次医療圏	病院数	人口 10 万人あたり病院数	一般診療所数	人口 10 万人あたり診療所数
全　国	2,410	1.9	12,692	10.0
三重県	20	1.1	216	11.9
北勢医療圏	7	0.8	81	9.7
中勢伊賀医療圏	6	1.3	52	11.5
南勢志摩医療圏	7	1.5	72	15.7
東紀州医療圏	0	0	11	15.0

資料：厚生労働省「平成 26 年　医療施設調査（個票解析）」、総務省「人口推計」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月 1 日現在）

禁煙外来を行っている病院数（人口10万人あたり）



禁煙外来を行っている一般診療所数（人口10万人あたり）



○ ニコチン依存管理料を算定する患者数は、人口 10 万人あたり県全体で 422.2 人であり、全国値 406.2 人を上回っています。

図表 5-3-15 ニコチン依存症管理料を算定する患者数

（単位：人）

二次医療圏	ニコチン依存管理料を算定する患者数（レセプト件数）	ニコチン依存管理料を算定する患者数（人口 10 万人あたり）
全　国	520,837	406.2
三重県	7,854	422.2
北勢医療圏	3,479	408.5
中勢伊賀医療圏	2,089	452.8
南勢志摩医療圏	2,022	429.6
東紀州医療圏	264	345.3

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年１月１日現在）

（4） 心筋梗塞等の心血管疾患の医療

① 医療提供体制

○ 本県では救命救急センターを備えた病院が北勢医療圏に２施設（四日市市）、中勢伊賀医療圏に１施設（津市）、南勢志摩医療圏に１施設（伊勢市）あります。

図表 5-3-16 救命救急センターを有する病院数

（単位：か所）

二次医療圏	実数	人口 100 万人あたり施設数
全国	270	2.1
三重県	4	2.2
北勢医療圏	2	2.3
中勢伊賀医療圏	1	2.2
南勢志摩医療圏	1	2.1
東紀州医療圏	0	0.0

資料：厚生労働省「平成 26 年　医療施設調査」、総務省「人口推計」（平成 26 年 10 月１日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月１日現在）

○ 本県における循環器内科医師数は 317 人、心臓血管外科医師数は 46 人であり、人口 10 万人あたりの医師数は、いずれも全国値を下回っています。また、主たる診療科を循環器内科とする医師数は 138 人、心臓血管外科とする医師数は 36 人で、人口 10 万人あたりの医師数は、いずれも全国値を下回っています。

○ 構想区域別にみると人口 10 万人あたりの医師数は、循環器内科医師については、桑員、津、および松阪区域で、主たる診療科を循環器内科とする医師については、津区域で全国値を上回っています。心臓血管外科医師および主たる診療科を心臓血管外科とする医師については、津および伊勢志摩区域で全国値を上回っておりますが、東紀州区域では医師数が０となっています。

図表 5-3-17 循環器内科・心臓血管外科医師数

（単位：人）

二次医療圏・構想区域	循環器内科				心臓血管外科			
	医師数		うち主たる診療科と回答した数		医師数		うち主たる診療科と回答した数	
	実　数	10万人あたり	実　数	10万人あたり	実　数	10万人あたり	実　数	10万人あたり
全国	22,674	17.9	12,456	9.8	3,590	2.8	3,137	2.5
三重県	317	17.5	138	7.6	46	2.5	36	2.0
北勢医療圏	147	17.5	58	6.9	14	1.7	10	1.2
桑員区域	40	18.4	21	9.6	5	2.3	3	1.4
三泗区域	64	17.0	27	7.2	8	2.1	6	1.6
鈴亀区域	43	17.4	10	4.1	1	0.4	1	0.4
中勢伊賀医療圏	88	19.7	43	9.6	18	4.0	15	3.4
津区域	67	24.0	32	11.5	15	5.4	12	4.3
伊賀区域	21	12.5	11	6.5	3	1.8	3	1.8
南勢志摩医療圏	78	17.3	37	8.2	14	3.1	11	2.4
松阪区域	43	19.7	21	9.6	6	2.7	5	2.3
伊勢志摩区域	35	15.1	16	6.9	8	3.5	6	2.6
東紀州医療圏（区域）	4	5.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0

資料：厚生労働省「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、総務省「人口推計」（平成28年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成28年10月1日現在）

○ 急性心筋梗塞等の重篤な患者を集中治療する心臓内科系集中治療室（Cardiac Care Unit。以下「ＣＣＵ*」という。）を設置する病院は県内に9施設あり、人口10万人あたりの施設数（0.5施設）は、全国値（0.3施設）を上回っています。

○ ＣＣＵ設置病院における専用病床は35床あり、人口10万人あたりの病床数（1.9床）は、全国値（1.4床）を上回っています。

図表 5-3-18 CCUを有する病院数と病床数

（単位：か所、床）

二次医療圏	施設数	人口10万人あたり施設数	病床数	人口10万人あたり病床数
全　国	323	0.3	1,759	1.4
三重県	9	0.5	35	1.9
北勢医療圏	2	0.2	11	1.3
中勢伊賀医療圏	1	0.2	3	0.6
南勢志摩医療圏	6	1.3	21	4.4
東紀州医療圏	0	0.0	0	0.0

資料：厚生労働省「平成26年 医療施設調査」、総務省「人口推計」（平成26年10月1日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月1日現在）

② 発症後の救護・搬送等

○ 前胸骨部から左前胸部にかけて激しい胸痛が生じるなどの急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる人は速やかに救急要請を行うことが重要です。

○ 急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる人や救急救命士

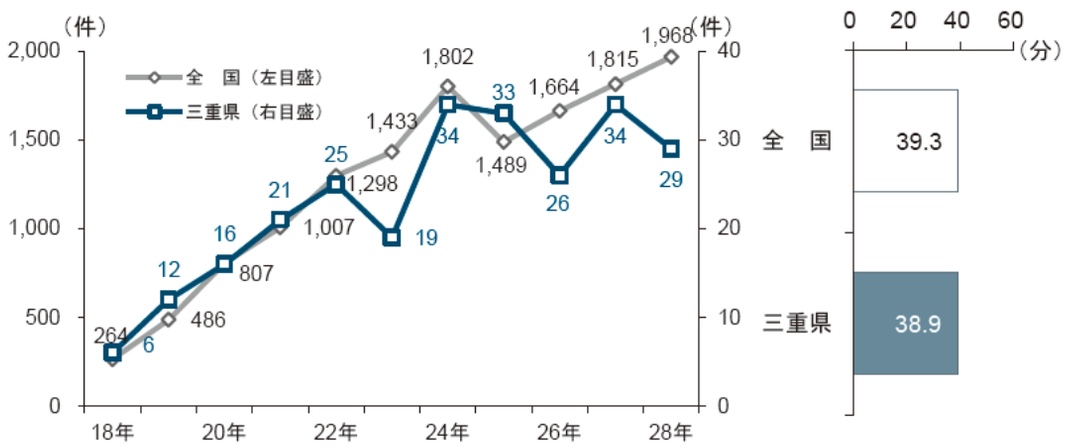
等による心肺蘇生の実施やＡＥＤ*（自動体外式除細動器）等による電気的除細動の実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが必要です。

○ ＡＥＤは、全国に約 48 万台普及しており、住民による心肺機能停止傷病者への応急手当実施率は約 48%となっています[5]。

○ 本県の心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち県民により除細動が実施された件数は全国と同様に増加傾向にありますが、近年は増減を繰り返しています。

○ 平成 28（2016）年の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は 38.9 分で、全国値の 39.3 分とほぼ同水準です。

図表 5-3-19 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち住民により除細動が実施された件数（左図）
救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間（右図）



資料：消防庁「平成29年 救急・救助の現況」

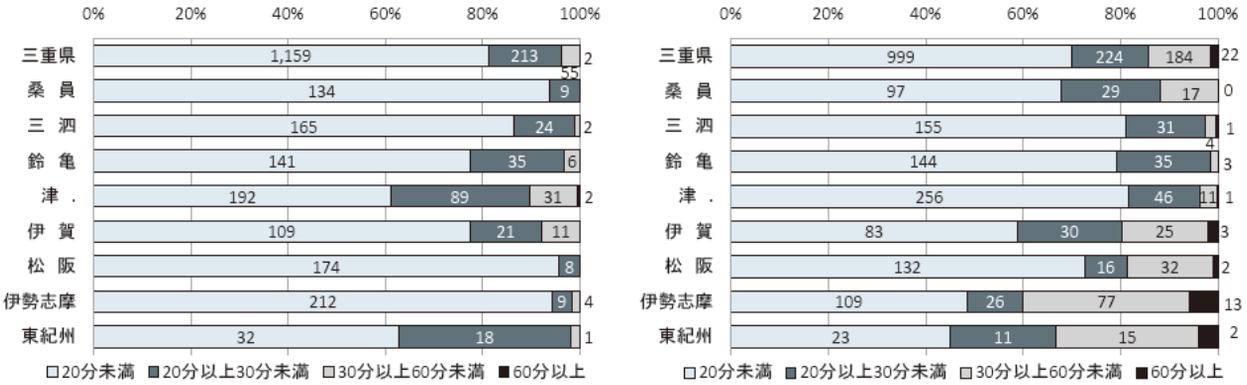
○ 県内において、平成 27（2015）年の救急蘇生法講習（普通・上級講習）の受講者数は、人口 1 万人あたり 116 人であり、全国値の 112 人を上回っています[6]。

○ 構想区域別に心疾患患者の救急搬送状況をみると、現場到着から現場出発時間（現場滞在時間）が 20 分以上の件数割合は、津および東紀州区域において高くなっています。また、現場出発から病院引継ぎまでの時間については、伊賀、伊勢志摩および東紀州区域において 30 分以上の件数割合が高くなっています。

[5] 出典：厚生労働科学研究「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」（主任研究者 坂本哲也）（平成 26 年度）

[6] 出典：三重県調査

図表　5－3－20　心疾患患者の救急搬送時間別件数割合（構想区域別）
現場滞在時間（左図）、現場出発から病院引継ぎまでの時間（右図）



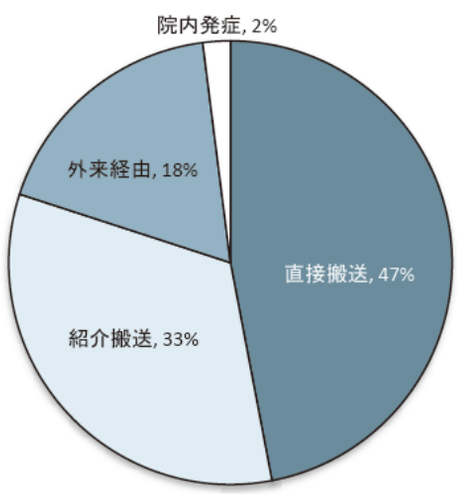
※消防本部単位で集計をしているため、松阪構想区域の搬送件数に南伊勢町（旧南島町）の数を含んでいます。

資料：三重県調査（「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」（実施基準）が適用された傷病者の搬送に関するデータ）（平成 28 年 1～12 月）

○ 急性心筋梗塞を発症してカテーテル治療を受けるまでの経路としては、①119 番コールをして直接救急車で病院へ搬送（直接搬送）、②近隣の医療機関・クリニックで受診し、そこからの紹介搬送（紹介搬送）、③カテーテル治療施設の外来を受診（外来経由）、④医療機関内での発症（院内発症）の４つがあります。

○ 本県において、これら４つの経路で最も多いものは、直接搬送の 47%ですが、全体の半数を満たしておらず、次いで紹介搬送が 33%を占めています。

図表　5-3-21　急性心筋梗塞患者の搬送経路別割合



全体件数：1, 980

資料：NPO 法人 みえ循環器・腎疾患ネットワーク「三重県ＡＣＳレジストリーデータ」
（平成 25 年 1 月～平成 27 年 12 月）

○ 搬送経路の違いによる発症から病院到着までの時間については、直接搬送が平均値で 113 分と最も短く、紹介搬送は 346 分、外来経由は 391 分を要しており、直接搬送と紹介搬送および外来経由とでは、病院到着時点で既に２時間以上の差が出ています。

図表　5－3－22　急性心筋梗塞患者の経路別搬送時間

	直接搬送	紹介搬送	外来経由
平均値	113 分	346 分	391 分
中央値	81 分	224 分	201 分

（全体件数：1,980）

資料：NPO 法人 みえ循環器・腎疾患ネットワーク「三重県ＡＣＳレジストリーデータ」
（平成 25 年 1 月～平成 27 年 12 月）

③ 診断

○ 急性心筋梗塞については、問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、Ｘ線検査や心エコー検査等の画像診断、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行って診断します。

○ 特にＳＴ上昇型心筋梗塞の場合、診断と治療とを一体的に行える冠動脈造影検査を、発症後速やかに実施することが重要です。非ＳＴ上昇型心筋梗塞では適切な薬物療法を行いつつ、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行います。

○ 大動脈解離については、問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（Ｘ線検査、超音波検査、ＣＴ等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた正確な診断が可能になります。

○ また、Stanford A 型と Stanford B 型では、基本的な治療方針が異なるため、解離の範囲の評価は、適切な治療方針を決定する上で重要です。

○ 心不全については、問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、Ｘ線検査や超音波検査等の画像検査を行うことで正確な診断が可能になります。同時に、心不全原因疾患の評価も重要であり、必要に応じて心臓カテーテル検査等を行います。

○ 本県において、冠動脈造影検査、治療が実施可能な病院数は 26 施設で、人口 10 万人あたりの施設数（1.4 施設）は、全国値（1.3 施設）と同水準です。

図表　5－3－23　冠動脈造影検査、治療が実施可能な病院数

（単位：か所）

二次医療圏	実数	人口 10 万人あたり施設数
全国	1,702	1.3
三重県	26	1.4
北勢医療圏	13	1.5
中勢伊賀医療圏	6	1.3
南勢志摩医療圏	6	1.3
東紀州医療圏	1	1.3

資料：厚生労働省「平成 26 年　医療施設調査」、総務省「人口推計」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月 1 日現在）

○ ＮＤＢによると、本県で平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月の間に冠動脈ＣＴを実施した医療機関は、入院で 17 施設、外来で 23 施設、冠動脈造影を実施した医療機関は、入院で 26 施設、外来で７施設あります。冠動脈ＣＴについては、東紀州医療圏では実施されていません。

図表　5－3－24　冠動脈ＣＴ、冠動脈造影の実施医療機関

（単位：か所）

二次医療圏	冠動脈ＣＴ（算定医療機関数）		冠動脈造影（算定医療機関数）	
	入院	外来	入院	外来
全国	979	1,096	1,555	239
三重県	17	23	26	7
北勢医療圏	8	13	11	*
中勢伊賀医療圏	5	5	7	*
南勢志摩医療圏	4	5	7	*
東紀州医療圏	0	0	*	*

*：ＮＤＢ利用ルールにより３件未満のため非公表
資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

○ ＮＤＢによると、本県で平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月の間に入院で冠動脈造影を実施した件数は 7,930 です。地域別にみると、全ての構想区域で実施されており、10 万人あたりの実施件数では、特に松阪区域での実施件数が多くなっています。

図表　5-3-25　冠動脈造影の実施件数（入院）

（単位：件）

構想区域	冠動脈造影に係るレセプト件数	冠動脈造影に係るレセプト件数（人口 10 万人あたり）
三重県	7,930	426.3
桑員区域	916	414.0
三泗区域	1,578	416.0
鈴亀区域	718	286.0
津区域	1,378	484.2
伊賀区域	549	310.6
松阪区域	1,974	870.7
伊勢志摩区域	696	285.3
東紀州区域	121	158.3

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年１月１日現在）

④ 心筋梗塞等の心血管疾患の治療

○ 急性心筋梗塞の治療においては、発症後速やかに専門的治療が実施できる体制整備が重要であり、急性心筋梗塞の患者が医療機関到着後 30 分以内に治療が開始できる体制が必要です。

○ 急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ＳＴ上昇型心筋梗塞、非ＳＴ上昇型心筋梗塞等の個々の病態に応じた治療が行われます。

○ ＳＴ上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査およびそれに続く経皮的冠動脈インターベンション（ＰＣＩ*）により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体であり、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性は高くなります。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術（ＣＡＢＧ*）等の外科的治療が第一選択となることもあります。

○ 非ＳＴ上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物治療に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じてＰＣＩ、ＣＡＢＧ を行います。

○ 急性大動脈解離の治療では、厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかが、予後を左右する最も重要な判断となります。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択されます。

○ Stanford A 型急性大動脈解離は、内科的治療の予後が極めて不良であるため、多くが緊急の外科的治療の適応となります。

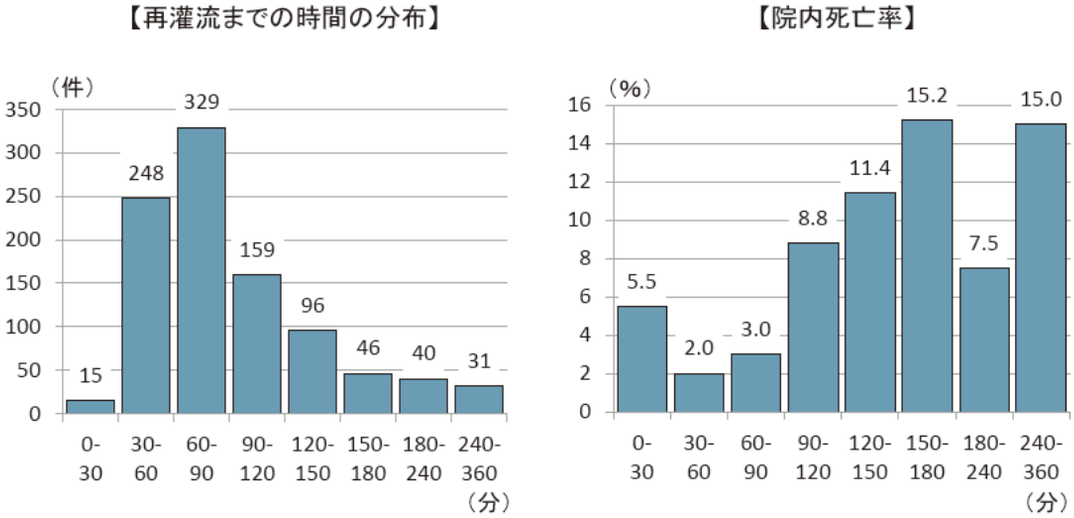
○ Stanford B 型急性大動脈解離は、A 型急性大動脈解離よりも自然予後がよいため、その多くで内科的治療が選択されます。しかし、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となります。また近年、合併症を有するB 型急性大動脈解離に対する、ステントグラフトを用いた血管内治療の有効性が報告されており、外科的治療に代わって血管内治療が選択されることもあります。

○ 慢性心不全患者については、症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。また、重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（ＣＲＴ*）や植込み型除細動器（ＩＣＤ）による治療が行われることもあります。

○ 心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要です。心不全による症状が、急性に出現･悪化する急性増悪の状態では、内科的治療を中心とした、循環管理、呼吸管理等の全身管理が必要となります。また、心不全の増悪要因によっては、ＰＣＩ や外科的治療が必要となることもあります。

○ 病院到着から再灌流治療を受けるまでの時間は、急性心筋梗塞に対する救急対応能力を示す指標にもなり、90 分未満の達成が強く推奨されています。本県の病院到着から再灌流治療を受けるまでの時間と院内死亡率の関係をみてみると、再灌流までの時間が 90～120 分を境に死亡率が高くなっています。

図表 5-3-26 病院到着から再灌流までの時間と院内死亡率
緊急 PCI を受けた発症 24 時間以内の急性心筋梗塞　全体件数：998



資料：NPO 法人 みえ循環器・腎疾患ネットワーク「三重県ＡＣＳレジストリーデータ」
（平成 25 年 1 月～平成 27 年 12 月）

○ ＮＤＢによると、本県の平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月の間における急性心筋梗塞に対するカテーテルを用いた経皮的冠動脈インターベンションの実施件数は 3,823 件あり、人口 10 万人あたり 205.5 件と、全国値 171.3 件を上回っています。また、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術の実施件数は 250 件あり、人口 10 万人あたり 13.4 件と、全国値 12.9 件をやや上回っています。

○ 急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションは、各医療圏で実施されていますが、人口 10 万人あたりでは南勢志摩医療圏で多く実施されています。虚血性心疾患に対する人口 10 万人あたりの心臓血管外科手術は、南勢志摩医療圏で多く実施され、東紀州保健医療圏では実施されていません。

図表 5-3-27 手術等の件数

（単位：件）

二次医療圏	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション		虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術	
	件　数	人口 10 万人あたり	件　数	人口 10 万人あたり
全国	219,623	171.3	16,507	12.9
三重県	3,823	205.5	250	13.4
北勢医療圏	1,294	151.9	99	11.6
中勢伊賀医療圏	1,178	255.3	66	14.3
南勢志摩医療圏	1,284	272.8	85	18.1
東紀州医療圏	67	87.6	0	0

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年１月１日現在）

○ ＮＤＢによると、本県の平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月の間における虚血性心疾患に係るカテーテル治療の実施件数は 3,969 件です。地域別にみると、全ての構想区域で実施されており、10 万人あたりの実施件数では、特に松阪区域での実施件数が多くなっています。

図表 5-3-28 虚血性心疾患に対するカテーテル治療件数

（単位：件）

構想区域	カテーテル治療に係るレセプト件数	人口 10 万人あたり
三重県	3,969	213.4
桑員区域	344	155.5
三泗区域	636	167.7
鈴亀区域	340	135.4
津区域	658	231.2
伊賀区域	525	297.0
松阪区域	997	439.7
伊勢志摩区域	402	164.8
東紀州区域	67	87.6

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年１月１日現在）

○ ＮＤＢによると、本県の平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月の間における虚血性心疾患に対する心臓血管手術の実施件数は 250 件です。地域別にみると、三泗区域で最も多く、桑員、鈴亀および東紀州区域では実施されていません。

図表 5-3-29 虚血性心疾患に対する心臓血管手術件数

（単位：件）

構想区域	心臓血管手術に係るレセプト件数	人口 10 万人あたり
三重県	250	13.4
桑員区域	0	0.0
三泗区域	99	26.1
鈴亀区域	0	0.0
津区域	55	19.3
伊賀区域	11	6.2
松阪区域	33	14.6
伊勢志摩区域	52	21.3
東紀州区域	0	0.0

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 27 年１月１日現在）

○ 本県において、急性心筋梗塞等の患者に対してバルーン（風船）のついた大動脈内カテーテルを用いて心臓の動きを助ける大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ*）の実施が可能な医療機関は 25 施設あり、人口 10 万人あたりの施設数は 1.4 施設で、全国値（1.3 施設）と同水準となっています。地域別にみると、全ての構想区域で実施が可能であり、人口 10 万人あたりの施設数では、桑員区域の施設数が多くなっています。

図表 5-3-30 大動脈バルーンパンピング法が実施可能な医療機関数

（単位：か所）

構想区域	医療機関数	人口 10 万人あたり
全国	1,626	1.3
三重県	25	1.4
桑員区域	5	2.3
三泗区域	4	1.1
鈴亀区域	2	0.8
津区域	4	1.0
伊賀区域	3	1.0
松阪区域	4	1.0
伊勢志摩区域	2	0.8
東紀州区域	1	1.3

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」（平成 28 年３月 31 日現在）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年１月１日現在）

⑤ 疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

○ 心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰および社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、

患者教育等を実施します。

○ 大動脈解離患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目的とし、外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じて実施することが重要となります。

○ 慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、自覚症状や運動耐容能の改善および心不全増悪や再入院の防止を目的とし、患者の状態に応じて実施します。入院中から心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要です。

○ トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより実施します。

○ 心機能の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点があてられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なります。

○ 本県において、心血管疾患のリハビリテーションが可能な医療機関は 14 施設であり、人口 10 万人あたりでは 0.8 施設で、全国値と同水準です。地域ごとにみると、人口 10 万人あたりで、津および松阪区域の施設数が全国値を大きく上回っています。

図表 5-3-31 心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数

（単位：か所）

構想区域	心大血管疾患リハビリテーション料＊Ⅰ		心大血管疾患リハビリテーション料Ⅱ		合計	
	施設数	人口 10 万人あたり	施設数	人口 10 万人あたり	施設数	人口 10 万人あたり
全国	989	0.8	156	0.1	1,145	0.9
三重県	14	0.8	0	0.0	14	0.8
桑員区域	1	0.5	0	0.0	1	0.5
三泗区域	3	0.8	0	0.0	3	0.8
鈴亀区域	1	0.4	0	0.0	1	0.4
津区域	4	1.4	0	0.0	4	1.4
伊賀区域	1	0.6	0	0.0	1	0.6
松阪区域	3	1.3	0	0.0	3	1.3
伊勢志摩区域	1	0.4	0	0.0	1	0.4
東紀州区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」（平成 28 年 3 月 31 日現在）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年 1 月 1 日現在）

○ ＮＤＢによると、本県で平成 27（2015）年４月から平成 28（2016）年３月の間に心大血管疾患に対するリハビリテーションを実施した件数は入院 3,188 件、外来 3,039 件であり、10 万人あたりの実施件数は入院 171.4 件、外来 163.4 件で、入院では全国を下回っていますが、外来は全国平均を上回っています。地域別にみると、10 万人あたりの実施件数は、入院では津および松阪区域で、外来では津および伊賀区域での実施件数が多くなっています。

図表 5-3-32 心大血管疾患に対するリハビリテーションの実施件数

（単位：件）

構想区域	リハビリテーションに係るレセプト件数		人口10万人あたり	
	入院	外来	入院	外来
全国	373,095	175,691	291.0	137.0
三重県	3,188	3,039	171.4	163.4
桑員区域	176	273	79.6	123.4
三泗区域	328	87	86.5	22.9
鈴亀区域	289	213	115.1	84.8
津区域	809	1,164	284.2	409.0
伊賀区域	249	1,046	140.9	591.8
松阪区域	719	255	317.1	112.5
伊勢志摩区域	618	*	253.3	*
東紀州区域	*	*	*	*

*:ＮＤＢ利用ルールにより10件未満のため非公表

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成27年1月1日現在）

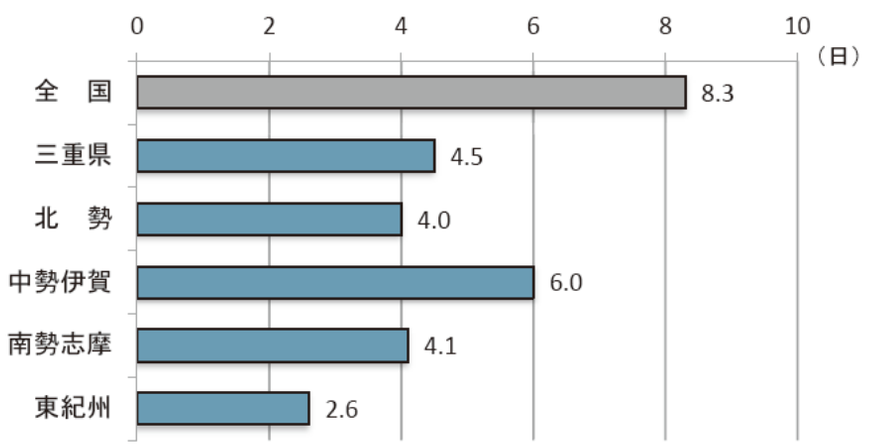
⑥ 急性期以後の医療

○ 急性心筋梗塞の急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防および再発予防のための、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙等）の管理、患者教育、運動療法等の疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが、退院後も含めて継続的に行われます。

○ 発症から２週間以上経過した、慢性期*の大動脈解離については、Stanford A 型、B 型共に、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とする内科的治療が行われます。しかし、大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもあります。

○ 本県における虚血性心疾患患者の平均在院日数は4.5日と、全国値8.3日と比べて短くなっています。二次医療圏ごとにみると、中勢伊賀医療圏で長く、東紀州保健医療圏で短くなっていますが、いずれの医療圏も全国値より短くなっています。

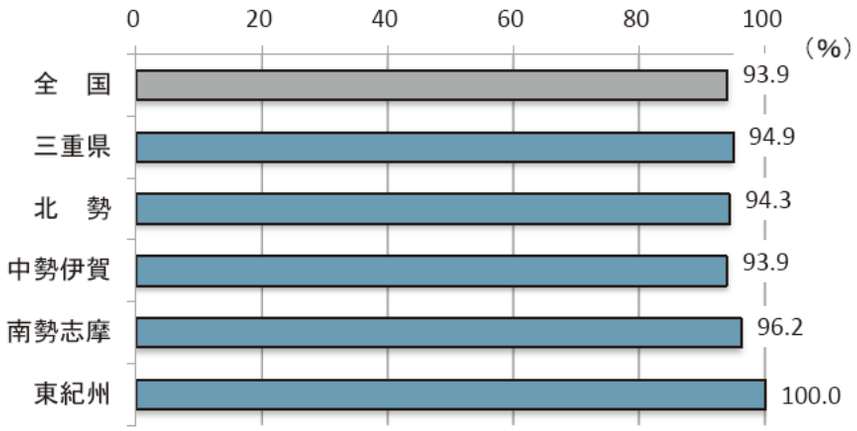
図表 5-3-33 虚血性心疾患患者の平均在院日数（二次医療圏別）



資料：厚生労働省「平成26年 患者調査」

○ 本県において、虚血性心疾患で在宅等生活の場に復帰した患者の割合は94.9%で、全国値の93.9%を上回っています。二次医療圏ごとの値についても、全国値と同等以上となっています。

図表 5-3-34 虚血性心疾患退院患者の在宅等への復帰割合



資料：厚生労働省「平成26年 患者調査（個票解析）」

(5) 各地域の医療資源等の現状

図表 5-3-35 各地域の医療資源等の現状

二次医療圏	構想区域	現状
北勢	桑員	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、他の区域および県外に一部の患者が流出しています※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、実施されておらず、他の区域等との連携が必要です。 ・心血管疾患リハビリテーション実施医療機関は、1施設のみであり、人口あたりの実施件数は県平均を下回っています。 ・人口あたりの循環器内科医師数は県平均を上回っていますが、心臓血管外科医師数は県平均を下回っています。
	三泗	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、他の区域からの流入があります※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。 ・人口あたりの心血管疾患リハビリテーション実施医療機関数については、県平均と同等です。 ・人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数は、県平均を下回っています。

	鈴亀	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、他の区域との間で患者の流出入があります※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、実施されておらず、他の区域等との連携が必要です。 ・心血管疾患リハビリテーション実施医療機関は、１施設のみであり、人口あたりの実施件数は県平均を下回っています。 ・人口あたりの循環器内科医師数は県平均と同等ですが、心臓血管外科医師数は県平均を下回っています。
中勢 伊賀	津	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を上回っていますが、他の区域との間で患者の流出入があります※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。 ・人口あたりの心血管疾患リハビリテーション実施医療機関数については、県平均を上回っています。 ・人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数については、県平均を大きく上回っています。 ・救急搬送については、県平均と比較して現場滞在時間が長くなっていますが、救急車に心電図伝送システムを配備し、改善に取り組んでいます。
	伊賀	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、県外に一部の患者が流出しています※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されていますが、人口あたりの実施件数は県平均を大きく下回っています。 ・心血管疾患リハビリテーション実施医療機関は、１施設のみであり、人口あたりの実施件数は、入院では県平均を下回っていますが、外来では県平均を上回っています。 ・人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数は、県平均を下回っています。
南勢 志摩	松阪	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。また、他の区域からの流入があります※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均をやや上回っています。 ・人口あたりの心血管疾患リハビリテーション実施医療機関数については、県平均を上回っています。 ・人口あたりの循環器内科医師数、心臓血管外科医師数は、県平均を上回っています。

	伊勢志摩	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、他の区域に一部の患者が流出しています※。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術が実施されており、人口あたりの実施件数は県平均を大きく上回っています。 ・心血管疾患リハビリテーション実施医療機関は、１施設のみであり、人口あたりの実施件数は、入院では県平均を上回っていますが、外来では県平均を下回っています。 ・人口あたりの循環器内科医師数は県平均を下回っていますが、心臓血管外科医師数は県平均を上回っています。 ・救急搬送については、県平均と比較して現場出発から病院引継ぎまでの時間が長くなっています。
東紀州	東紀州	・虚血性心疾患に対するカテーテル治療が実施されていますが、人口あたりの実施件数は県平均を大きく下回っています。また、他の区域や県外に一定の患者が流出しており※、松阪および伊勢志摩区域との連携が必要です。 ・虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、実施されておらず、他の圏域等との連携が必要です。 ・区域内に心血管疾患リハビリテーション実施医療機関はありません。 ・人口あたりの循環器内科医師数は県平均を大きく下回っており、心臓血管外科医師数は０人となっています。 ・救急搬送については、現場滞在時間、現場出発から病院引継ぎまでの時間ともに県平均と比較して時間を要しています。

※ＮＤＢ（平成 27 年度）データの分析による

2．圏域の設定と連携体制

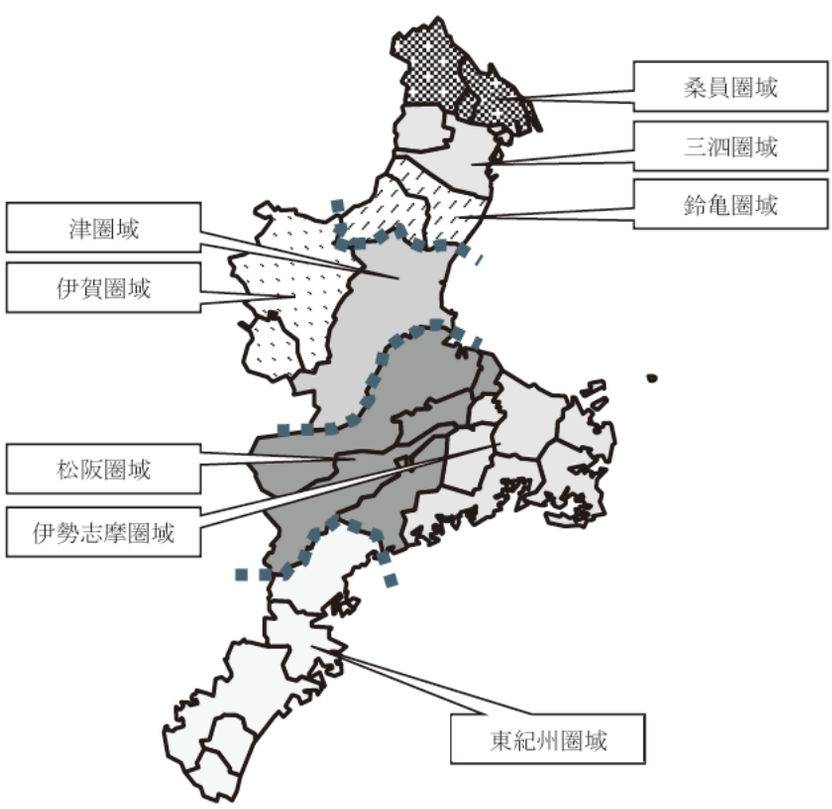
(1) 圏域の設定

○ 心筋梗塞等の心血管疾患対策については、急性心筋梗塞による突然死を防ぐために、早急に適切な治療を開始する体制の構築を進めるとともに、急性期の治療に引き続く、回復期および慢性期の適切な治療を含めた医療提供体制を構築することが必要となります。

○ 本県では、平成 29（2017）年３月に団塊の世代が 75 歳以上を迎える平成 37（2025）年を視野に、「三重県地域医療構想」を策定し、病床機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など、地域のあるべき医療提供体制について議論を進める区域として、８つの地域医療構想区域（桑員、三泗、鈴亀、津、伊賀、松阪、伊勢志摩、東紀州）を設定しました。

○ 心筋梗塞等の心血管疾患対策においては、予防、急性期、回復期および慢性期の各段階における地域の実情に応じた切れ目のない連携体制が必要であることから、圏域については、構想区域を基本とします。しかしながら、急性大動脈解離の治療や心臓血管外科手術などの高度な医療等については、各圏域において提供が困難であることから、圏域を越えた、より広域的な範囲（二次医療圏等）での連携により対応することとします。

【心筋梗塞等の心血管対策における圏域】



(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 心筋梗塞等の心血管疾患対策における各医療機能を担う医療機関

図表 5－3－36 心筋梗塞等の心血管疾患対策における各医療機能を担う医療機関数

圏域＼医療機能		受入れ可能範囲			ＣＣＵまたは準じる専門病棟等を設定している施設	冠動脈造影検査・治療を実施している施設	大動脈バルーンパンピング法を実施している施設	心臓血管外科手術の実施可能施設			心大血管疾患リハビリテーション届出施設	心臓リハビリテーション指導士を配置している施設	地域連携クリティカルパスを導入している施設
		急性心筋梗塞等の虚血性心疾患	大動脈解離	慢性心不全				急性心筋梗塞等の虚血性心疾患	大動脈解離	その他			
北勢	桑員	5	2	8	1	5	4	2	1	2	1	0	1
	三泗	4	2	8	3	4	4	3	2	3	4	2	4
	鈴亀	2	0	6	2	2	2	0	0	0	1	1	0
中勢伊賀	津	4	3	8	3	4	4	3	2	3	4	2	1
	伊賀	2	2	4	2	2	2	1	1	1	1	1	0
南勢志摩	松阪	4	3	7	4	4	4	2	2	2	4	2	1
	伊勢志摩	1	2	7	3	2	2	1	1	1	1	1	0
東紀州		1	1	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0
総計		23	15	51	18	24	23	12	9	12	16	9	7

② 連携体制等の現状

○ 三重大学医学部附属病院に設置されたＣＣＵネットワーク支援センターやＮＰＯ法人みえ循環器・腎疾患ネットワークにおいて、全県的な急性心筋梗塞の情報収集に取り組むとともに、発症から治療までの時間を短縮するために、消防機関との協力体制の整備、病診連携*の推進、救急輪番病院*の受入体制の充実等に取り組んでいます。

○ 急性心筋梗塞については、各圏域において経皮的冠動脈インターベンションを実施する医療機関を中心に連携体制の整備を進めていますが、東紀州圏域については医療資源が少ないため、松阪および伊勢志摩圏域との連携が必要です。

○ 心臓血管外科手術については、実施可能な医療機関がない圏域もあるため、圏域を越えた広域的な連携が必要です。

(3) 連携のあり方

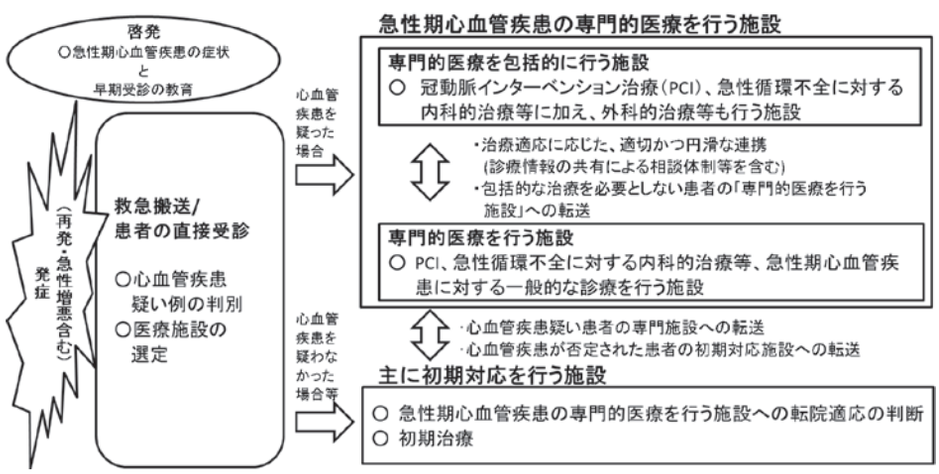
○ 医療機能を明確にした上で、地域の医療機関が連携し、24 時間対応で疾患に応じた専門的な診療を提供できる体制を確保する必要があります。

○ 対応疾患に応じた急性期診療を地域で 24 時間提供できる体制の構築にあたっては、急性期の専門的医療機能を、地域のネットワークを構築している医療機関において、分担する必要があります。

○ それぞれの施設が提供する医療機能は、地域の状況等に応じて、柔軟に設定される必要があります。

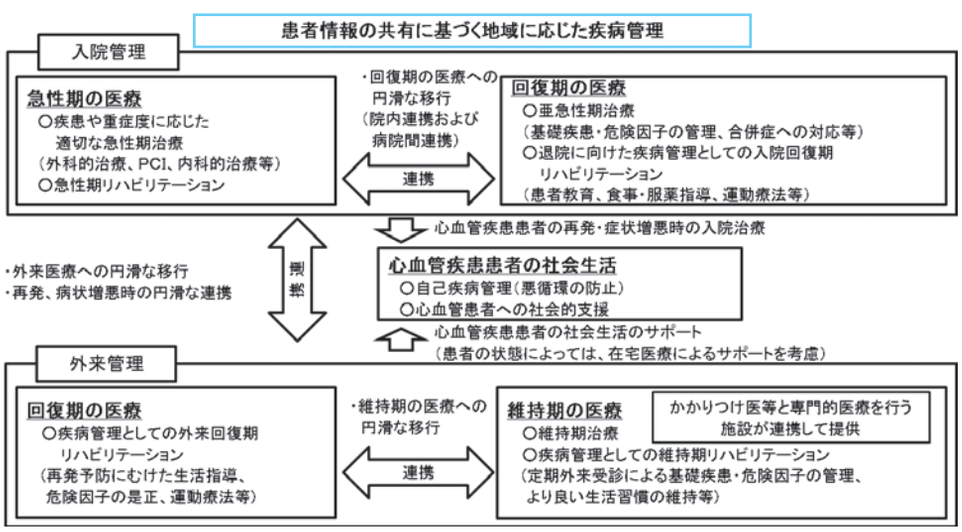
○ 急性期の時間的制約の観点、回復期から維持期の再発予防・再入院予防の観点等をふまえ、入院管理および外来管理の両面から、心血管疾患の診療提供体制を構築する必要があります。

図表 5-3-37 急性期心血管疾患の発症～急性期の診療提供体制のイメージ



出典：厚生労働省提供資料

図表 5-3-38 心筋梗塞等の心血管疾患対策の医療連携体制のイメージ



出典：厚生労働省提供資料

3．課題

(1) 予防体制

○ 急性心筋梗塞等の心血管疾患を予防するためには、食生活、運動等の生活習慣を改善することにより高血圧、脂質異常症（高脂血症）、糖尿病などの発症を予防することが重要です。本県における高血圧、脂質異常症および糖尿病の年齢調整受療率は全国と比較して高い傾向にあるため、県民への普及啓発などにより生活習慣病の予防に取り組む必要があります。

○ 特定健康診査の受診率を向上させ、早期発見に努めるとともに、適切な治療の継続や生活習慣病対策の推進により、重症化を防ぐことが必要です。

○ 喫煙率は全国と比較して低い傾向にありますが、さらなる取組を推進する必要があります。

(2) 医療提供体制

① 発症後の救護、搬送等

○ 心肺停止が疑われる人に対して、家族等の周囲にいる人によるＡＥＤの使用を含めた心肺蘇生法*等の処置の実施が必要です。心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち県民により除細動が実施された件数は全国と同様に増加傾向にありますが、近年は増減を繰り返しているため、救急蘇生法講習を積極的に実施するとともに、ＡＥＤの普及啓発を行う必要があります。

○ 救急搬送については、全国平均とほぼ同水準の時間で搬送されていますが、心疾患患者の救急搬送時の現場滞在時間が長い地域もあり、速やかに受入れ病院を選定することができる体制の整備が必要です。

○ 消防本部管内に心疾患の専門的な診療が可能な医療機関がない場合は、管外医療機関への搬送が必要であり、救急搬送に一定の時間を要している地域もあるため、搬送時の適切な処置やより迅速な搬送が必要です。

○ 高齢者については、急性心筋梗塞等の発症時の症状が不明瞭な場合もあるため、適切な対応がとれるよう、住民等に対し普及啓発が必要です。

○ 急性心筋梗塞患者の治療を早期に開始するため、心疾患の専門的な診療が可能な医療機関へ、救急車により直接搬送することができる体制の整備について、検討が必要です。

② 急性期の治療

○ 急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションについては、医療圏（圏域）によって治療実施状況に偏りがあるため、各医療圏（圏域）において専門的な治療を受けることができる体制の整備に取り組むことが必要です。

○ 心臓血管外科手術については、実施されていない圏域があるため、圏域を越えた広域的な連携が必要です。

③ 心血管疾患リハビリテーション

○ 人口 10 万あたりの心大血管疾患リハビリテーション料の届出施設については、全国値を下回っており、また、圏域間での偏在もみられるため、各圏域において実施体制の整備が必

要です。
○ 心血管疾患リハビリテーションを充実させるため、医師、看護師、理学療法士等の資質の向上が必要です。

④ 急性期以降の医療

○ 再発や増悪を予防するために、かかりつけ医による基礎疾患や危険因子の管理が必要です。
○ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関とかかりつけ医の連携が必要です。
○ 在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携して実施することが必要です。
○ 急性心筋梗塞の発症時における細菌性心内膜炎等の術後合併症の予防や、急性心筋梗塞の発症（再発）のリスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し専門的な口腔ケアや歯周疾患治療に取り組むことが必要です。

4．めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

○ 県民が急性心筋梗塞等の心血管疾患の予防に関する正しい知識を持つとともに、バランスのとれた食生活や適度な運動の実施、定期的な健康診断の受診により生活習慣病の予防に取り組んでいます。

○ 急性心筋梗塞等を発症した患者に対して、周囲の人による迅速な救急要請と心肺蘇生法の実施やＡＥＤの使用が行われるとともに、搬送後は医療機関において専門的な治療が速やかに行われています。

○ 急性期を脱した後は、早期から心血管疾患リハビリテーションを受け、退院後は、かかりつけ医などによる再発予防治療や在宅療養支援が継続して行われています。

(2) 取組方向

取組方向１：発症予防対策の充実
取組方向２：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築
取組方向３：医療機関の機能分担と連携体制の推進

(3) 数値目標

<table>
<tr><th>目標項目</th><th>目標項目の説明</th><th>目標値・現状値</th></tr>
<tr><td rowspan="4">急性心筋梗塞による年齢調整死亡率

【三重県の人口動態】</td><td rowspan="4">急性心筋梗塞の年齢調整死亡率を平成 28（2016）年の全国値まで低減することを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>男性
15.5 以下</td><td>女性
5.7 以下</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H28)</td></tr>
<tr><td>男性 20.6</td><td>女性 7.6</td></tr>
<tr><td rowspan="4">特定健康診査受診率・特定保健指導実施率

【特定健康診査・特定保健指導に関するデータ】</td><td rowspan="4">特定健康診査受診率および特定保健指導実施率を国の「健康日本 21（第２次）」に準じて向上させることを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>特定健康診査受診率
70%以上</td><td>特定保健指導実施率
45%以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H27)</td></tr>
<tr><td>特定健康診査受診率
53.0%</td><td>特定保健指導実施率
17.5%</td></tr>
<tr><td rowspan="4">受入困難事例の割合

【三重県調査】</td><td rowspan="4">重症以上の事案において、救急車の現場滞在時間が 30 分以上および４回以上医療機関に要請を行った割合の低減を目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>30 分以上
3.3%</td><td>４回以上
2.0%</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H28)</td></tr>
<tr><td>30 分以上
3.8%</td><td>４回以上
2.3%</td></tr>
</table>

心血管疾患リハビリテーションの実施病院における心臓リハビリテーション指導士の配置率 【三重県調査】	全ての心血管疾患リハビリテーション実施病院において、心臓リハビリテーション指導士が配置されることを目標とします。	目　標 100% 現　状(H29) 56.3%

(4) 取組内容

取組方向１：発症予防対策の充実

○ 「三重の健康づくり基本計画」の普及啓発等により、心筋梗塞等の心血管疾患について、県民への正しい知識の浸透を図ります。(事業者、保険者、関係機関、市町、県)

○ 心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子である、高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病を予防するため、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着および喫煙対策に取り組みます。(県民、事業者、保険者、関係機関、市町、県)

○ 健康診断の受診率の向上を図り、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）等の早期発見や適切な保健指導に取り組みます。また、基礎疾患を持つ患者に対しては、適切な治療の継続などにより、重症化の予防に取り組みます。(県民、事業者、保険者、医療機関、医療関係団体、市町、県)

○ 心筋梗塞等の心血管疾患の初発症状について、理解し、適切に対応できるよう、県民に対し普及啓発を行います。(医療機関、医師会、市町、県)

○ 心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子である高血圧、脂質異常症、糖尿病等の管理を進めるため、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師・薬局の普及啓発を図ります。(医療機関、医師会、薬剤師会、市町、県)

取組方向２：迅速な対応が可能な救急医療体制の構築

○ 心肺停止が疑われる人に対して、家族等の周囲にいる人が迅速な心肺蘇生法の実施やＡＥＤの使用ができるよう、救急蘇生法講習を積極的に実施するとともに、ＡＥＤの普及啓発を行います。(県民、消防機関、市町、県)

○ 救急車の不要不急な利用により、真に緊急性のある傷病者への対応に支障が生じないよう、救急車の適正利用について啓発を行います。(消防機関、医療関係団体、市町、県)

○ 心筋梗塞等の発症後、速やかに適切な受入れ専門医療機関を決定し、医療機関における受入れ準備を速やかに整えることで、早期の治療が可能となるよう、患者情報の伝達の仕組みを含めた、二次、三次救急医療体制の充実を図ります。(医療機関、消防機関、市町、県)

○ 地域メディカルコントロール協議会の定めた手順等に従って、心筋梗塞等の心血管疾患に対する救急搬送事例の事後検証を行います。(医療機関、消防機関、市町、県)

取組方向３：医療機関の機能分担と連携体制の推進

○ 三重大学ＣＣＵネットワーク支援センターやＮＰＯ法人みえ循環器・腎疾患ネットワークと連携を図りながら、全県的な急性心筋梗塞の情報収集に取り組むとともに、各地域の状況に応じた医療連携の推進に取り組みます。(医療機関、三重大学、消防機関、医師会、県)

○ 急性大動脈解離や心臓血管外科手術については、圏域を越えた広域連携が必要であるため、急性期の専門的医療機関の機能を明確化し、地域における連携を密にします。（医療機関、医師会、関係機関、県）

○ 心血管疾患リハビリテーションについて、県内の各圏域において実施することができるよう、実施体制の整備を進めるとともに、リハビリテーションを充実させるため、医師、看護師、理学療法士等の資質の向上に取り組みます。（医療機関、三重大学、医師会、看護協会、理学療法士会、県）

○ 合併症併発時や再発時に、緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関とかかりつけ医の連携が取れるよう、病診連携を推進します。また、急性心筋梗塞の発症（再発）のリスクを下げるため、口腔ケアについて医科歯科連携も進めます（医療機関、医師会、歯科医師会、関係機関、県）

○ 再発や増悪を予防するために、かかりつけ医と訪問看護ステーション、かかりつけ薬剤師・薬局が連携し、基礎疾患の管理や薬剤管理などに取り組みます。（医療機関、医師会、薬剤師会、看護協会、県）

第４節｜糖尿病対策

１．糖尿病における医療の現状

（1）糖尿病の疫学

○ 食品に含まれる糖質は、消化・分解されてブドウ糖となり、体や脳が活動するためのエネルギー源として使われます。ところが、膵臓から分泌されるインスリン*が不足したり、十分に作用しなくなったりすると血液中のブドウ糖がエネルギー源として取り入れられなくなり、慢性的に血糖値が高くなります。余ったブドウ糖は尿から排出されるので糖尿病と呼ばれます。

○ 血糖値が高くなると、細かい血管の集まっている眼や腎臓等が障がいを受け、合併症を引き起こします。また心筋梗塞や脳梗塞等の原因となる動脈硬化も起きやすくなります。

○ 糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする１型糖尿病と、インスリンの分泌低下・抵抗性等を来す遺伝因子に過食、運動不足、肥満等の環境因子および加齢により発症する２型糖尿病に大別されます。糖尿病の治療は、１型糖尿病と２型糖尿病では異なりますが、適切な血糖コントロールが必要であることは変わりません。

○ 平成 28（2016）年時点で、全国で糖尿病が強く疑われる人は約 1,000 万人であり、過去４年間で約 50 万人増加し、糖尿病の可能性が否定できない人も約 1,000 万人です。平成 19（2007）年以降は減少しています[1]が、全国で継続的に医療を受けている糖尿病の患者数は約 317 万人であり、国民病といっても過言ではない病気です[2]。

○ 全国の糖尿病患者のうち、11.8%が糖尿病神経障害*を、11.1%が糖尿病腎症*を、10.6%が糖尿病網膜症*を、0.7%が糖尿病足病変*を合併しています。また、新規の人工透析*導入患者は、約３万７千人であり、そのうち、糖尿病性腎症が原疾患*である人は約１万６千人（43.7%）います[3]。糖尿病の患者は、高血圧、脂質異常症を併発していることが多く、これらの因子が揃うと脳卒中や心筋梗塞になる可能性が非常に高くなるといわれています。

○ 本県の糖尿病年齢調整死亡率[4]は、男性 5.3（全国平均 5.4）、女性 2.4（全国平均 2.4）となっており、男女ともに全国平均に近い値となっています。

---

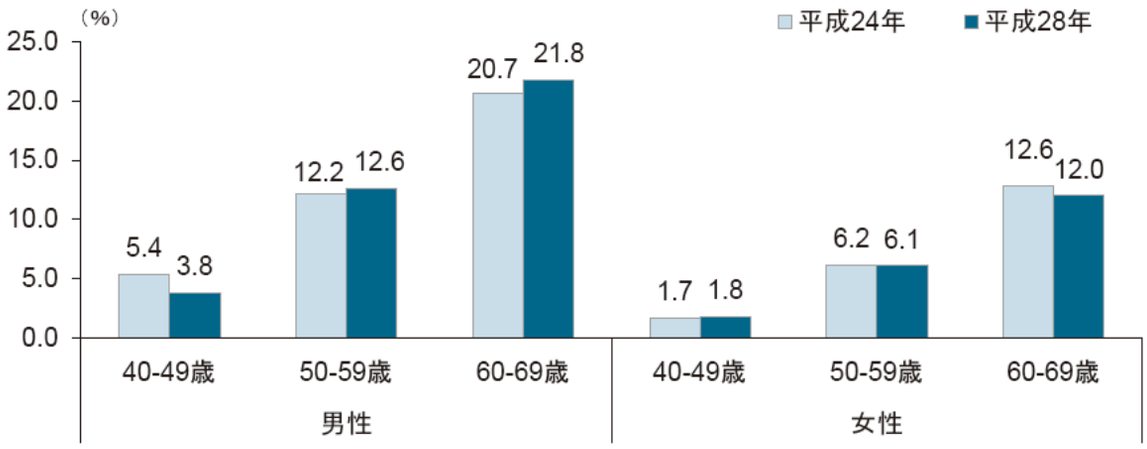
[1] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民健康・栄養調査」

[2] 出典：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」

[3] 出典：（社）日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」（平成 25 年）

[4] 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

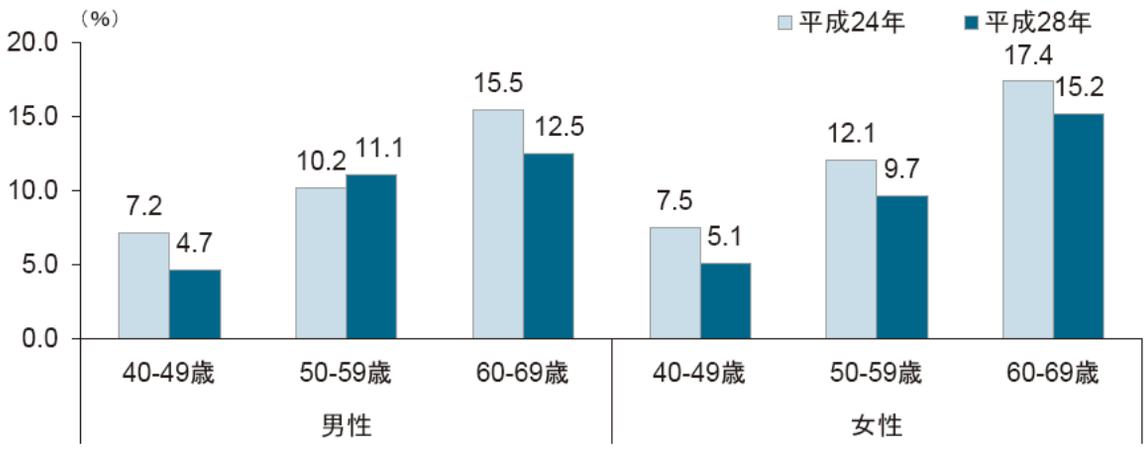
図表 5-4-1 糖尿病が強く疑われる人の割合（全国）



※ＨｂＡ１ｃの測定値があり、ＨｂA1ｃ（ＮＧＳＰ）の値が 6.5%以上、または「糖尿病治療の有無」に「有」と回答した人の数です。

資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

図表 5-4-2 糖尿病の可能性を否定できない人の割合（全国）

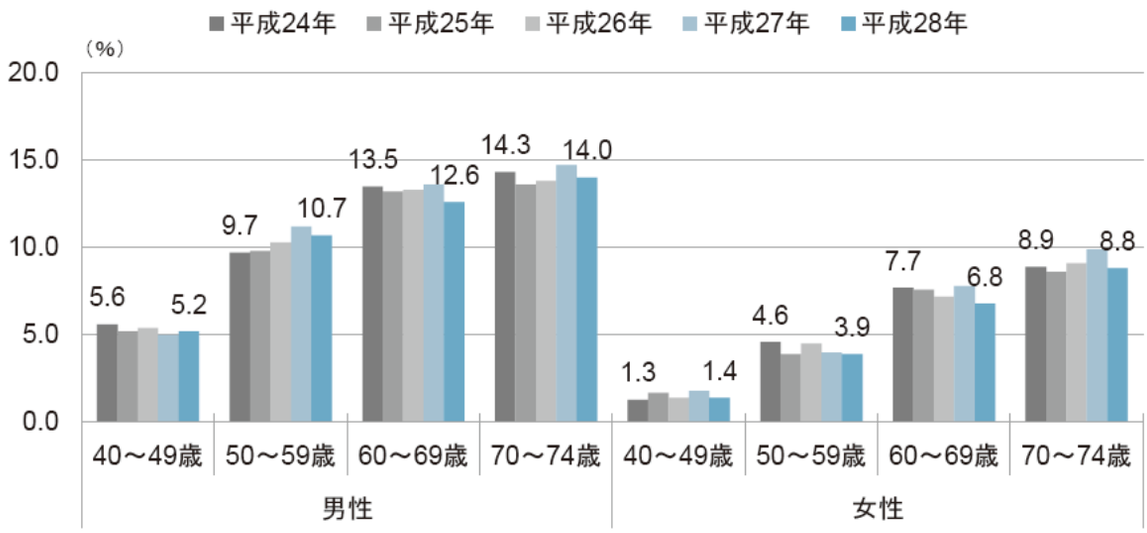


※ＨｂＡ１ｃの測定値があり、ＨｂＡ１ｃ（ＮＧＳＰ）の値が 6.0%以上 6.5%未満で、「糖尿病が強く疑われる人」以外の人の数です。

資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」

○ 全国における糖尿病が強く疑われる人の割合は、平成 24(2012)年と比較し、平成 28(2016)年では、50 歳代、60 歳代の男性で増加がみられます。また、糖尿病の可能性を否定できない人の割合は、50 歳代の男性を除き、全ての年代の男女で減少しています。

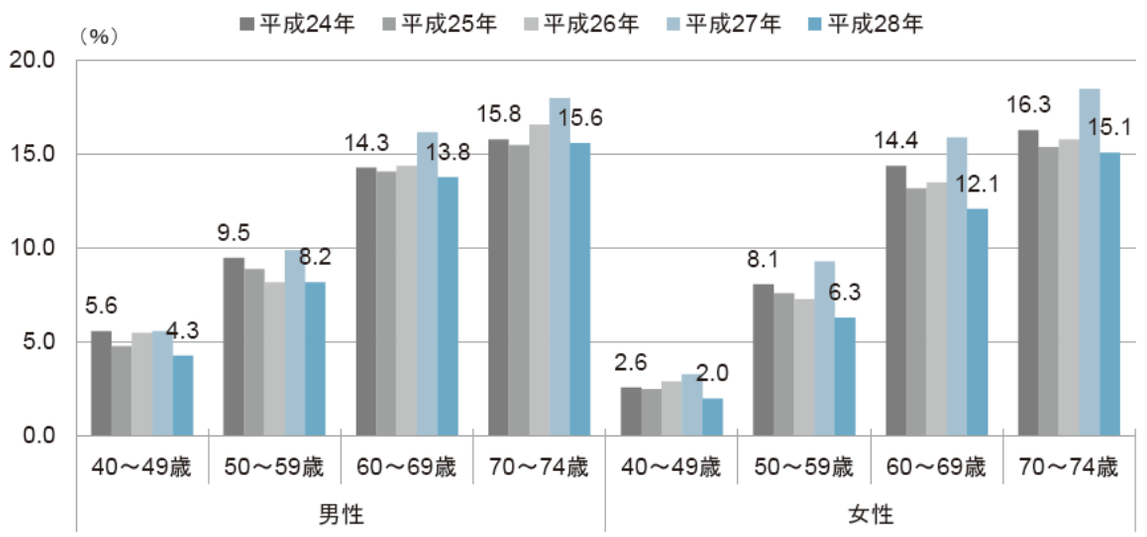
図表 5-4-3 糖尿病が強く疑われる人の割合（三重県）



※糖尿病が強く疑われる人（ＨｂＡ１ｃ6.5%以上：ＮＧＳＰ値）

資料：三重県「国民健康保険団体連合会　特定健康診査」

図表 5-4-4 糖尿病の可能性を否定できない人の割合（三重県）



※糖尿病の可能性が否定できない人（ＨｂＡ１ｃ6.0－6.5%未満：ＮＧＳＰ値）

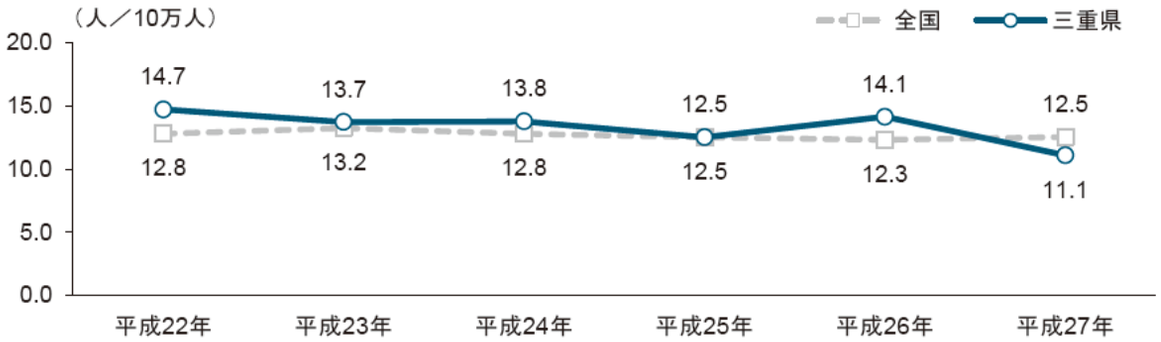
資料：三重県「国民健康保険団体連合会　特定健康診査」

○ 本県の健康診断・健康診査の受診率は 69.9%で、全国平均の 68.3%と比較して高い傾向にあります[5]。

○ 本県における糖尿病が強く疑われる人の割合は、国民健康保険団体連合会の 40～74 歳における経年データは、平成 24（2012）年と比較し、平成 28（2016）年では、50 歳代の男性、40 歳代の女性で増加がみられますが、その他の年代では減少しています。また、糖尿病の可能性を否定できない人の割合は、平成 24（2012）年と比較し、平成 28（2016）年では、全ての年代で減少しています。

[5] 出典：厚生労働省「平成 28 年 国民生活基礎調査」

図表 5-4-5 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の推移（全国・三重県）



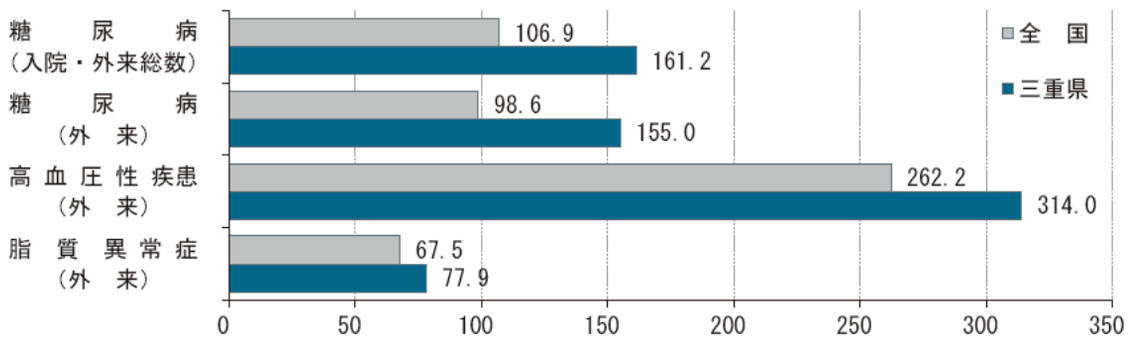
資料：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（2010 年から 2013 年：3 月 31 日現在、2014 年・2015 年：1 月 1 日現在）」

○ 本県における糖尿病性腎症による新規透析導入患者数（人口 10 万人あたり）は、平成 27（2015）年で 11.1 人となっています。経年でみると、全国と比べやや高い水準で推移しています。

(2) 糖尿病の受療動向

○ 糖尿病の年齢調整受療率は、平成 26（2014）年で全国の 106.9 人に対し本県は 161.2 人と高い水準で、全国第 1 位となっています。糖尿病合併症の危険因子である高血圧性疾患や脂質異常症の年齢調整外来受療率も全国に比較し、高くなっています。

図表 5-4-6 糖尿病に関連する疾患の年齢調整受療率（人口 10 万人あたり）



資料：厚生労働省「平成26年 患者調査」、昭和60年モデル人口

○ ＮＤＢによると平成 27（2015）年４月～平成 28（2016）年３月の１年間において、本県では 61,337 件の糖尿病の入院レセプト件数がありました。

○ 入院患者の流出率は、東紀州区域が 31.3%、伊賀区域が 27.8%と高くなっています。このうち、東紀州区域では 483 件（10.6%）が和歌山県等の県外医療機関、伊賀区域では 674 件（14.1%）が奈良県等の県外医療機関で治療を受けています。

○ 入院患者の流入率は、松阪区域が 29.2%、津区域が 23.5%と高くなっています。

○ 外来患者については、入院患者に比べ、流出入の割合は低くなっていますが、県境に位置する東紀州区域や桑員区域の流出率がやや高くなっています。

図表 5-4-7 糖尿病 入院患者の流出・流入状況

（単位：件／年）

医療機関所在地 ＼ 患者住所地	総数		北勢	桑員	三泗	鈴亀	中勢伊賀	津	伊賀	南勢志摩	松阪	伊勢志摩	東紀州	東紀州	県外	流出率	流出者
総数	61,337		－	6,990	10,448	5,850	－	11,347	3,711	－	9,892	7,814	－	3,220	2,065	3.4%	11,882
	61,337																
北勢	－		－	－	－	－	－	854	－	－	31	－	－	0	－	－	
桑員	6,898		－	5,627	485	51	54			－			－		681	18.4%	1,271
三泗	10,682		－	996	8,901	422	216			12			－		135	16.7%	1,781
鈴亀	6,416		－	15	899	4,874	584			19			－		25	24.0%	1,542
中勢伊賀	－		－	50	107	388	－	－	－	－	547	13	－	12	－	－	
津	9,725		442				－	8,679	65	511			12		16	10.8%	1,046
伊賀	4,776		103				－	502	3,448	49			－		674	27.8%	1,328
南勢志摩	－		－	－	17	55	－	1,044	－	－	－	－	－	50	－	－	
松阪	8,337		12				777			－	7,000	484	50		14	16.0%	1,337
伊勢志摩	9,312		60				267			－	1,790	7,158	－		37	23.1%	2,154
東紀州	－		－	21	－	－	－	256	－	－	504	159	－	－	－	－	
東紀州	4,540		21				256			663			－	3,117	483	31.3%	1,423
県外	651		－	281	39	60	－	12	198	－	20	－	－	41	－	－	
流入率	1.1%		－	19.5%	14.8%	16.7%	－	23.5%	7.1%	－	29.2%	8.4%	－	3.2%	－	－	
流入者	10,468			1,363	1,547	976		2,668	263		2,892	656		103			

※流出・流入件数は、国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のレセプト件数。

※総数欄の流出率・流入率は県外への流出率・県外からの流入率です。

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

図表 5-4-8 糖尿病 外来患者の流出・流入状況

（単位：件／年）

医療機関所在地 ＼ 患者住所地	総数		北勢	桑員	三泗	鈴亀	中勢伊賀	津	伊賀	南勢志摩	松阪	伊勢志摩	東紀州	東紀州	県外	流出率	流出者
総数	1,388,592			128,553	261,739	167,088	－	197,950	128,389	－	200,073	202,281	－	67,748	34,771	2.5%	131,262
	1,388,592																
北勢	－		－	－	－	－	－	854	－	－	31	－	－	0	－	－	
桑員	139,378		－	118,253	7,367	353	430			148			24		12,803	15.2%	21,125
三泗	257,061		－	6,191	240,880	5,491	1,323			241			11		2,924	6.3%	16,181
鈴亀	173,194		－	123	10,854	152,670	8,323			249					975	11.9%	20,524
中勢伊賀	－		－	161	1,089	7,111	－	－	－	－	9,333	512	－	14			
津	193,017		7,171				－	174,035	975	9,355			14		1,467	9.8%	18,982
伊賀	136,332		1,190				－	3,099	122,811	490					8,742	9.9%	13,521
南勢志摩	－		－	37	387	836	－	8,671	61	－	－	－	－	276			
松阪	188,365		842				6,798			－	174,583	5,221	264		657	7.3%	13,782
伊勢志摩	210,640		418				1,934			－	12,171	195,209	12		896	7.3%	15,431
東紀州	－		－	21	74	158	－	1,380		－	3,163	613	－	－			
東紀州	77,760		253				1,380			3,776			－	66,044	6,307	15.1%	11,716
県外	12,845		－	3,767	1,088	469	－	809	4,422	－	396	515	－	1,379	－	－	
流入率	1.0%		－	8.0%	8.0%	8.6%	－	12.1%	4.3%	－	12.7%	3.5%	－	2.5%	－	－	
流入者	109,336			10,300	20,859	14,418		23,915	5,578		25,490	7,072		1,704			

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

(3) 糖尿病の医療

① 予防・健診・保健指導

○ 糖尿病の発症予防には、適切な食習慣、適度な身体活動や運動が重要です。また、喫煙、飲酒、不規則な生活習慣等も関連するため、これらの生活習慣の改善により、発症を予防することが期待できます。

○ 糖尿病は、早期に医療機関を受診し、適切な治療を開始することが重症化や合併症の発症を防ぐ上で非常に重要であり、そのためには、特定健康診査など定期健診を受診することが必要です。

○ 特定健康診査で糖尿病のリスクがある場合には、特定保健指導による生活習慣の改善や受診勧奨を行うことが重要です。

○ 歯周病の発症は糖尿病患者の血糖コントロールを困難にすることから、糖尿病患者への適切な歯周病治療も重要です。

図表 5-4-9 糖尿病の健診判定値

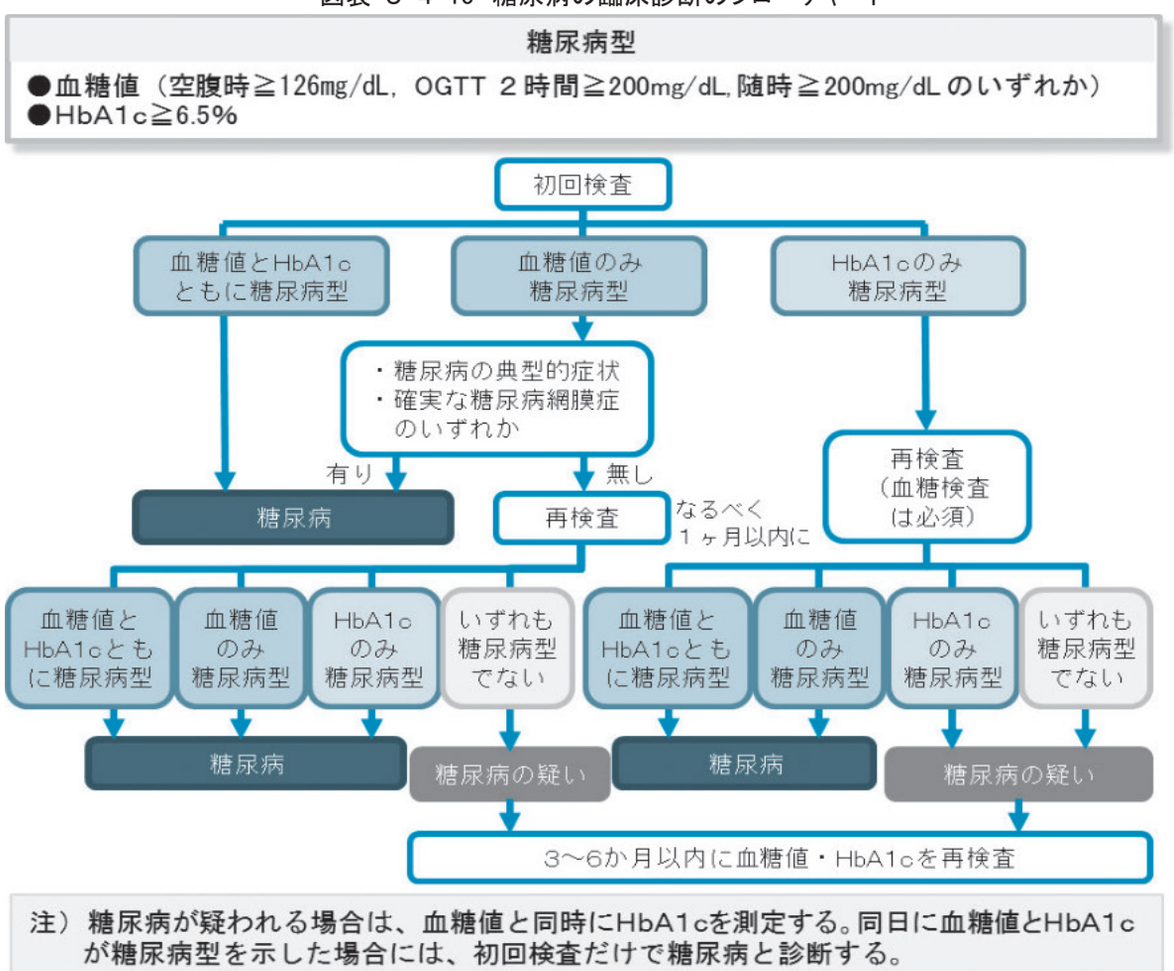
項目名	単位	健診判定基準値	保健指導判定値	受診勧奨判定値
空腹時血糖	mg/dL	109 以下	100 以上	126 以上
ＨｂＡ1ｃ（ＮＧＳＰ値）	%	5.9 以下	5.6 以上	6.5 以上

資料：厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」（平成 25 年 4 月）

② 診断

○ 早朝空腹時血糖値126mg／dL 以上､75g 経口ブドウ糖負荷試験*（ＯＧＴＴ）*２時間値200mg／dL 以上、随時血糖値 200mg／dL 以上、ＨｂＡ１ｃ（ＮＧＳＰ値）6.5 %以上のいずれかであれば糖尿病型と判定されます。診断は、以降の検査により、下表のフローチャートを用いて行います。

図表 5-4-10 糖尿病の臨床診断のフローチャート



資料：日本糖尿病学会編・著：糖尿病治療ガイド 2016-2017，P21，文光堂，2016 より引用改変

○ 境界型（空腹時血糖値 110～125mg／dL またはＯＧＴＴ２時間値 140～199mg／dL）の場合は糖尿病予備群であり、運動・食生活指導等、定期的な管理が重要です。

○ 糖尿病型の場合は、再検査で糖尿病と診断が確定しない場合でも、糖尿病の疑いとして取り扱い、生活指導を行いながら経過を観察します。

○ 初めて糖尿病と診断された場合でも、既に糖尿病腎症、糖尿病網膜症等を合併していることがあるため、尿検査や眼底検査等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図ることが必要です。

③ 治療・指導

○ 糖尿病の治療は、１型糖尿病と２型糖尿病で異なります。１型糖尿病の場合は、直ちにインスリン治療を行うことが多いですが、２型糖尿病の場合は、２～３か月の食事療法、運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、経口血糖降下薬またはインスリン製剤を用いた薬物療法を開始します。

○ 薬物療法開始後でも、体重の減少や生活習慣の改善により、経口血糖降下薬やインスリン製剤の服薬を減量または中止できることがあるため、医師、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職が連携して、食生活、運動習慣等に関する指導を継続します。

○ 慢性合併症は、血糖コントロール、高血圧の治療等、内科的治療を行うことによって、その発症を予防するとともに、発症後であっても病期の進展を阻止または遅らせることが可能です。慢性合併症の予防の観点から、血糖コントロール不可例に対しては、教育入院 * 等を検討する必要があります。また、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療の必要性を指導することが必要です。

○ 血糖コントロールの指標は、年齢、罹患期間、合併症の状態、サポート体制等を考慮して、個別に設定します。

④ 合併症の治療

○ 糖尿病昏睡等の急性合併症を発症した場合には、輸液、インスリン投与等の治療が行われます。また、慢性合併症の場合、主には、血糖や血圧コントロール、生活習慣の改善、薬物療法や食事療法が行われます。

○ さらに重症化し、腎不全に至った場合は透析療法が実施されます。増殖前網膜症 *や早期の増殖網膜症 *に進行した場合は、失明予防の観点から光凝固療法 *が実施されます。硝子体出血および網膜剥離は手術療法が実施されます。

図表 5-4-11 合併症の治療の実施状況

（単位：件／年）

二次医療圏・構想区域	糖尿病網膜症手術		糖尿病の人工透析	
	実施件数	人口 10 万人あたり実施件数	実施件数	人口 10 万人あたり実施件数
全　国	50,940	40	266,472	208
三重県	557	30	6,250	336
北勢医療圏	231	27	2,067	243
桑員区域	31	14	526	238
三泗区域	125	33	1,026	271
鈴亀区域	54	22	507	202
中勢伊賀医療圏	122	26	2,485	539
津区域	81	28	2,285	803
伊賀区域	34	19	190	107
南勢志摩医療圏	177	38	1,258	267
松阪区域	74	33	596	263
伊勢志摩区域	99	41	639	262
東紀州医療圏（区域）	19	25	440	576

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 26 年度）

2．圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

○ 平成 29（2017）年３月に「三重県地域医療構想」が策定され、医療機能の分化・連携を推進していくため、新たに８つの構想区域が設定されました。

○ 糖尿病対策は、生活習慣等の改善を含めた予防について、市町や保健所、関係機関等と連携しながら進めていくこととし、発症予防や重症化予防のために、健診や保健指導を含めた、より早期の介入が重要です。そのため、健診、保健指導を行う市町等や医療機関との連携の状況や、専門的な治療を担う医療機関の配置状況などを考慮し、桑員、三泗、鈴亀、津、伊賀、松阪、伊勢志摩、東紀州の８つの構想区域を基本として医療提供体制を検討していくこととします。

(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

① 医療資源

○ 日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医の数は、県内に 44 人、うち病院に勤務する医師が 31 人、診療所に勤務する医師が 13 人（平成 29（2017）年６月現在）であり、糖尿病専門医のいる病院、診療所はそれぞれ 13 施設あります。また、日本看護協会が認定する糖尿病看護認定看護師は 11 人（平成 29（2017）年８月現在）、日本糖尿病療養指導士認定機構が認定する糖尿病療養指導士*（ＣＤＥＪ）は 267 人（平成 29（2017）年６月現在）います。三重県糖尿病協会が三重県糖尿病療養指導士（ＣＤＥＬ）の認定を平成 28（2016）年度より開始し、現在 51 名（平成 29（2017）年度末時点）が認定されています。

○ 糖尿病の各医療機能を担う医療機関、専門医等の配置状況および糖尿病の教育入院・糖尿病教室（日帰り）の実施状況は以下のとおりです。

図表 5-4-12 各医療機能を担う医療機関

（単位：か所）

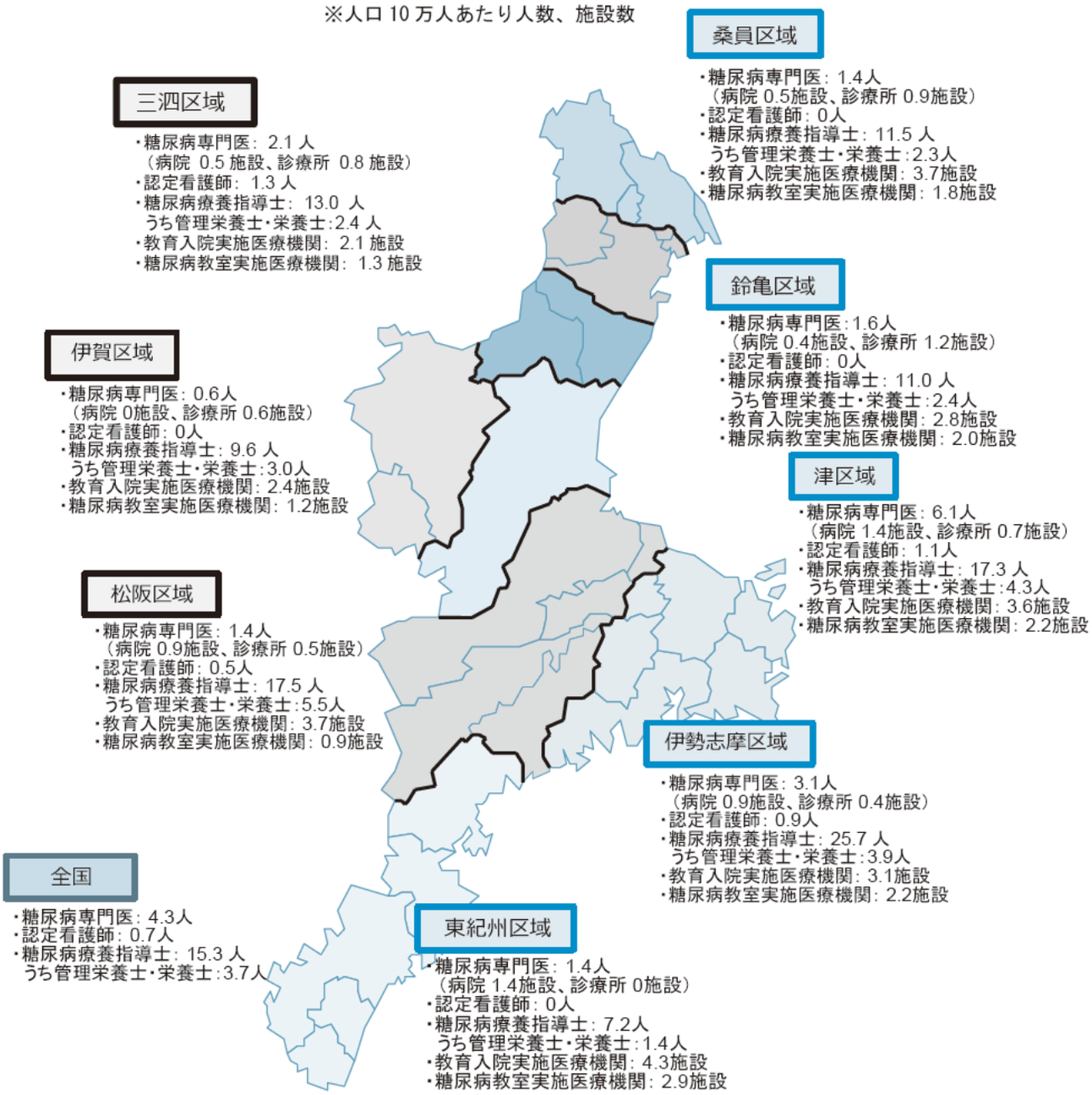
二次医療圏	構想区域	初期・安定期治療	専門治療						急性増悪時治療病院	合併症治療		歯周病専門医の在籍している施設
		内科等を標榜する医療機関数	糖尿病専門医、糖尿病看護認定看護師が在籍している施設				糖尿病療養指導士がいる施設	教育入院を行う施設		糖尿病性網膜症に対応している施設	糖尿病性足病変に対応している施設	
			病院		診療所							
			専門医	認定看護師	専門医	認定看護師						
北勢	桑員	各地域における内科等を標榜する医療機関	1	0	2	0	6	8	6	3	9	2
	三泗		2	3	3	2	10	8	10	6	10	1
	鈴亀		1	0	3	0	8	7	5	1	6	0
中勢伊賀	津		4	3	2	0	9	10	12	3	10	2
	伊賀		0	0	1	0	4	4	4	2	2	0
南勢志摩	松阪		2	1	1	0	5	8	6	6	5	2
	伊勢志摩		2	2	1	0	5	7	5	3	6	0
東紀州	東紀州		1	0	0	0	2	3	3	2	2	0
総計			13	9	13	2	49	55	51	26	50	7

※歯周病専門医でなくても、歯科診療所で歯周病治療は可能です。

資料：日本糖尿病学会ホームページ（平成 29 年６月現在）、日本看護協会ホームページ（平成 29 年８月現在）、日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページ（平成 29 年６月現在）、三重県調査（平成 29 年）

図表 5-4-13 専門医等の配置状況および糖尿病の教育入院・糖尿病教室（日帰り）の実施状況

※人口 10 万人あたり人数、施設数



資料：日本糖尿病学会ホームページ（平成 29 年 6 月現在）、日本看護協会ホームページ（平成 29 年 8 月現在）、日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページ（平成 29 年 6 月現在）、三重県調査（平成 29 年）、「三重県の人口動態」（平成 29 年 6 月 1 日現在）をもとに作成

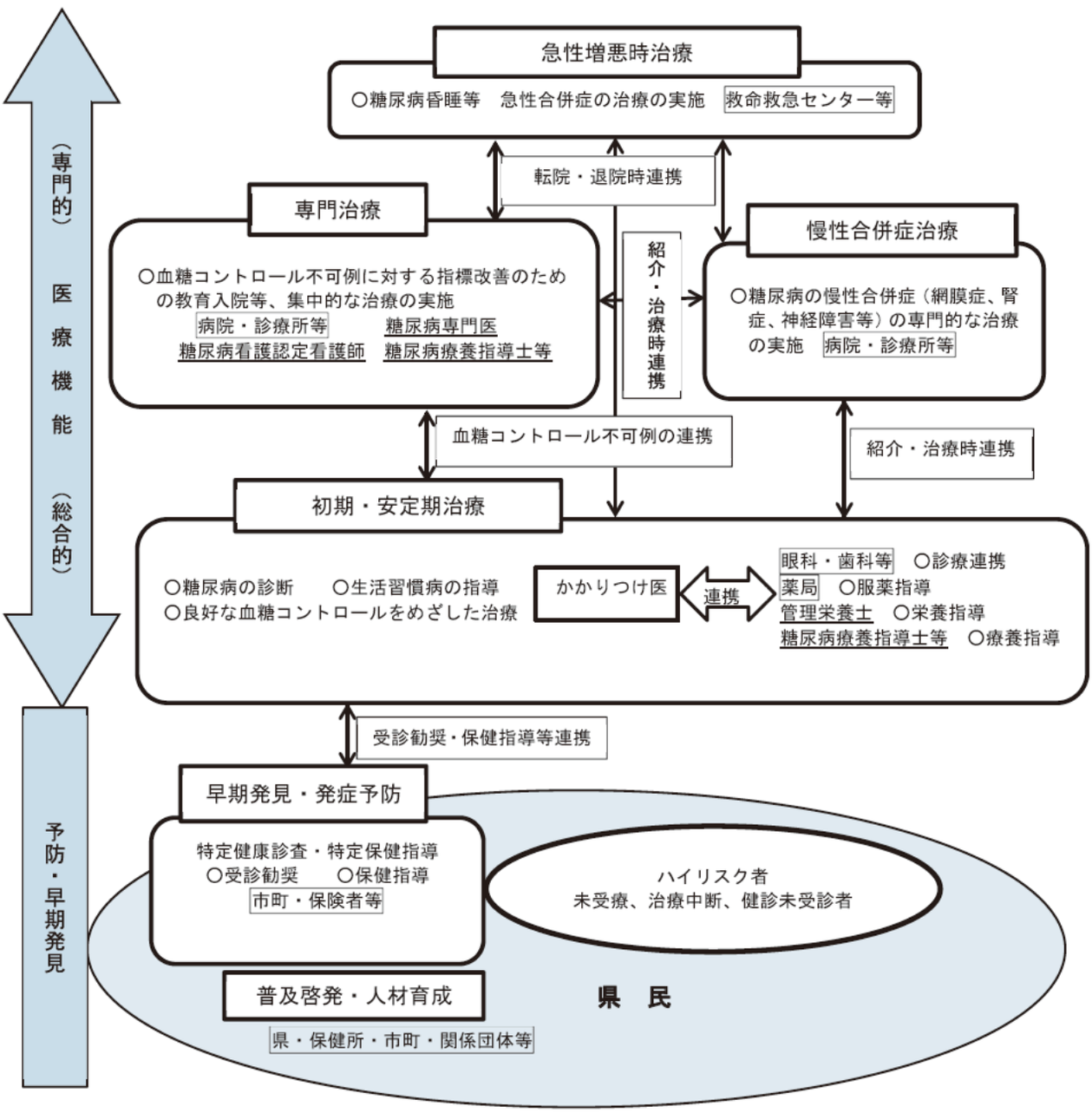
② 連携の現状

○ 糖尿病の治療は、一般的には内科等を標榜している医療機関で行います。その中で、糖尿病の治療や血糖コントロールが困難なケースについては、日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医のいる医療機関で治療を行います。合併症を発症した場合は、関係する診療科や治療可能な医療機関と連携して治療を行います。

○ 糖尿病医療・指導に関わる医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等が連携して治療や指導、血糖コントロールを行います。

(3) 連携のあり方

図表 5-4-14 糖尿病の医療連携体制



○ 糖尿病の予防・治療に向けた県民の意識・行動の醸成に向けて、市町、保健所、医療機関、関係団体等が連携し、県民への普及啓発や医療従事者のネットワーク構築を図っていく必要があります。

○ それぞれの地域で、市町、保険者、薬局、診療所、糖尿病専門医がいる医療機関、合併症治療が可能な医療機関（人工透析施設、糖尿病網膜症治療可能施設等）が連携して糖尿病対策を実施することが望まれます。そのためには、糖尿病性腎症重症化予防プログラム*等を活用した地域連携クリティカルパスの促進や、糖尿病連携手帳*等の普及による診療情報や治療計画の共有を図り、連携体制を構築することが必要です。

3．課題

(1) 予防体制

○ 高齢化の進展に伴い、糖尿病が強く疑われる人の割合は、対策を講じなければ、今後増加していくと考えられます。そのため、特定健康診査の受診率を向上させ、早期発見に努めるとともに、糖尿病予備群の人たちに適切な保健指導を行うことで、発症を抑える対策が必要です。

○ 日頃から、県民一人ひとりが自身の健康意識を高めるよう、多様な機会を捉えて生活習慣病対策の普及啓発を進めていくことが必要です。県民、事業者、保険者、医療機関、関係団体、市町、県などが連携して早期からの予防対策に取り組んでいくことが必要です。

(2) 医療提供体制

○ 重症化予防の取組を全県的に進めていくために、三重県医師会、三重県糖尿病対策推進会議、三重県保険者協議会および県は、「糖尿病性腎症重症化予防に係る三重県連携協定」を締結しました。今後は、三重県糖尿病性腎症重症化予防プログラム等により、市町や保険者と医療機関等の連携による治療・保健指導体制の構築が必要です。

○ 未受療者や治療中断者を減らしていくよう、市町や保険者と医療機関との情報の共有が必要です。

○ 医師だけでなく、療養指導に関わる医療従事者が連携した治療・保健指導体制を構築することが必要です。また、糖尿病専門医や認定看護師、糖尿病療養指導士等を中心とし、地域で糖尿病の治療や支援に関わる関係職種のスキルアップが必要です。

○ 糖尿病患者の血糖コントロールを行っていく上で、口腔ケアや歯周病予防が必要であり、医科歯科連携の充実が必要です。

4．めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

○ 県民一人ひとりが健康であろうと意識するとともに、自身の健康状態を知るべく、特定健康診査などの定期健診を受けることで、糖尿病の兆候が早期に発見でき、治療につながっています。

○ 糖尿病予備群の人や糖尿病患者が、経過観察や治療を自己判断で中断することなく、発症予防や重症化予防に努めています。

○ 糖尿病専門医やかかりつけ医をはじめとする、さまざまな職種の連携や医療機関と地域の連携による切れ目のない糖尿病の治療や、保健指導等の取組が行われています。

(2) 取組方向

取組方向１：健康診断等による予防・早期発見
取組方向２：関係機関の連携による糖尿病の発症予防と重症化予防対策の推進
取組方向３：糖尿病医療、予防に従事する関係職種の人材育成

(3) 数値目標

<table>
<tr><th>目標項目</th><th>目標項目の説明</th><th>目標値・現状値</th></tr>
<tr><td rowspan="4">特定健康診査受診率・
特定保健指導実施率

【特定健康診査】</td><td rowspan="4">特定健康診査の受診率および特定保健指導実施率を国の「健康日本21（第２次）」に準じて向上させることを目標とします。「三重県医療費適正化計画」に準じて目標値を設定します。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>特定健康診査
受診率
70%以上</td><td>特定保健指導
実施率
45%以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H27)</td></tr>
<tr><td>特定健康診査
受診率
53.0%</td><td>特定保健指導
実施率
17.5%</td></tr>
<tr><td rowspan="4">糖尿病の可能性を否定できない人（ＨｂＡ１ｃ（ＮＧＳＰ値）6.0%以上6.5%未満）の割合

【特定健康診査】</td><td rowspan="4">特定健康診査受診者のうち 40～49 歳、50～59 歳および 60～69 歳における糖尿病の可能性を否定できない人の割合を１割減少させることを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>40～49 歳男性
3.9%以下
50～59 歳男性
7.4%以下
60～69 歳男性
12.4%以下</td><td>40～49 歳女性
1.8%以下
50～59 歳女性
5.7%以下
60～69 歳女性
10.9%以下</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H28)</td></tr>
<tr><td>40～49 歳男性
4.3%
50～59 歳男性
8.2%
60～69 歳男性
13.8%</td><td>40～49 歳女性
2.0%
50～59 歳女性
6.3%
60～69 歳女性
12.1%</td></tr>
<tr><td rowspan="4">糖尿病が強く疑われる人（ＨｂＡ１ｃ（NGSP値）6.5%以上）の割合

【特定健康診査】</td><td rowspan="4">特定健康診査受診者のうち 40～49 歳、50～59 歳および 60～69 歳における糖尿病が強く疑われる人の割合を現状値より減少させることを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td colspan="2">減少</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H28)</td></tr>
<tr><td>40～49 歳男性
5.2%
50～59 歳男性
10.7%
60～69 歳男性
12.6%</td><td>40～49 歳女性
1.4%
50～59 歳女性
3.9%
60～69 歳女性
6.8%</td></tr>
<tr><td rowspan="4">糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数

【日本透析医学会】</td><td rowspan="4">糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数を現状値以下に低減することを目標とします。</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td colspan="2">新規導入数の低減</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H27)</td></tr>
<tr><td colspan="2">206 人
（人口 10 万人あたり
11.1 人）</td></tr>
</table>

（4）取組内容

取組方向１：健康診断等による予防・早期発見

○ 「三重の健康づくり基本計画」に基づき、県民に対する糖尿病に関する正しい知識の普及・啓発とともに、バランスのとれた食生活や運動習慣の定着、禁煙、定期的な健康診断の受診等、生活習慣病予防に取り組みます。（県民、事業者、保険者、関係団体、市町、県）

○ 糖尿病の予防に向け、特定健康診査などの健康診断の重要性について啓発を行い、受診率の向上に努めます。（県民、事業者、保険者、医療機関、関係団体、市町、県）

○ さまざまな主体が行う糖尿病の予防の取組を支援します。（事業者、保険者、医療機関、関係団体、市町、県）

取組方向２：関係機関の連携による糖尿病の発症予防と重症化予防対策の推進

○ 糖尿病の兆候を早期に発見し、受療行動につながるよう適切な保健指導に取り組むとともに、かかりつけ医との連携を進めます。（事業者、保険者、医療機関、関係団体、市町、県）

○ かかりつけ医の役割の重要性について啓発するとともに、かかりつけ医と専門治療を行う医療機関との連携を図ります。（医療機関、保険者、医療関係団体、市町、県）

○ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム等により、かかりつけ医等関係機関と十分な連携を図りながら、受診勧奨や保健指導を実施することにより、個々の患者に応じた支援を行います。（医療機関、保険者、関係団体、市町、県）

○ 血糖コントロール不良者に対応できるような病診連携を進めていきます。また、医科歯科連携等により糖尿病患者の口腔ケアの充実に取り組みます。（医療機関、医師会、歯科医師会）

取組方向３：糖尿病医療、予防に従事する関係職種の人材育成

○ 糖尿病予備群を減少させるため、健診後の保健指導を効果的・効率的に実施するとともに、保険者が健診・保健指導事業を適切に企画、評価し推進していくことが必要であり、特定健康診査・特定保健指導を担う人材を育成します。（健診機関、保険者、市町、県）

○ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの考え方や手法をもとに、市町、保険者での糖尿病の発症予防や重症化予防に係る取組が進むよう、保健指導に係る人材を育成します。（健診機関、保険者、市町、県）

○ 糖尿病の治療や支援に関わる多職種（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等）に向けた研修等を実施し、人材育成を行います。（医療機関、関係団体、県）

○ 「みえ糖尿病サポートねっと」により、糖尿病の正しい知識の啓発や、専門職の人材育成のための研修など情報提供を行います。（関係団体、県）

◇ みえ糖尿病サポートねっと（糖サポねっと） ◇

三重大学内にある「みえ糖尿病サポートねっと事務局」が管理を行う、糖尿病について役立つ情報が広く掲載された県民および医療関係者のためのホームページです。

糖サポねっとＵＲＬ：http://mie-dm.net/

＜掲載内容＞

県民向け糖尿病情報

・糖尿病とは？予防するには？
・糖尿病の合併症とは？
・どんな検査をするの？
・どんな治療、サポートがあるの？
・専門医やかかりつけ医を見つけよう！三重県の医療機関を検索

医療関係者向け糖尿病情報

・県内で開催される糖尿病に関する研究会、イベント情報
・糖尿病学会のイベント情報　等

第５節｜精神疾患対策

１．精神科医療の現状

(1) 精神科医療の現状

① 精神疾患の現状

○ 精神疾患とは、脳の機能的・器質的障がいによって引き起こされる疾患で、統合失調症や躁うつ病から、認知症、神経症、パニック障害、適応障害といったものまでさまざまな疾患を含みます。

○ 精神疾患患者は、平成 26（2014）年は、全国で 392.4 万人[1]となっており、いわゆる４大疾患（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）よりも多い状況となっています。

○ うつ病等の気分障害や認知症の患者数が増加し、薬物依存や摂食障害、発達障害への対応等の社会的要請が高まっているなど、精神科医療に対する需要は多様化しています。

○ 一方、精神科病院の入院患者数は減少傾向にあり、特に統合失調症の入院患者数が減少しています。これは新規患者の入院期間が、治療薬の進歩などにより短縮化され、約 90%が１年以内に退院していることが一因であると考えられます。しかしながら、在院期間が１年を超える長期入院患者は 18 万人を超えており、その多くは入退院を繰り返すことを余儀なくされている傾向がみられます[2]。

② 県内の精神疾患の状況

【通院患者の状況】

○ 本県における自立支援医療（精神通院医療）*受給者（各年度の３月 31 日現在）は、平成 28（2016）年度では 26,972 人で、増加傾向が続いています。全ての疾患において増加がみられますが、なかでも認知症などの症状性を含む器質性精神障害や発達障害などの心理的発達の障害が全体に占める割合は小さいものの、著しく増加しています。

図表5-5-1　三重県における自立支援医療（精神通院医療）受給者数の推移

	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度
全体	19,540	20,698	22,148	22,906	23,739	24,563	25,460	26,017	26,972
認知症など(F0　※)	327	344	417	560	608	660	650	711	743
統合失調症など(F2)	5,629	5,961	6,312	6,411	6,730	7,366	7,525	7,508	7,615
うつ病など(F3)	7,475	8,014	8,528	9,233	9,472	9,905	10,198	10,474	10,870
発達障害など(F8)	424	585	688	803	860	886	1,005	1,064	1,217

※：ＩＣＤ-１０コード　　資料：三重県調査

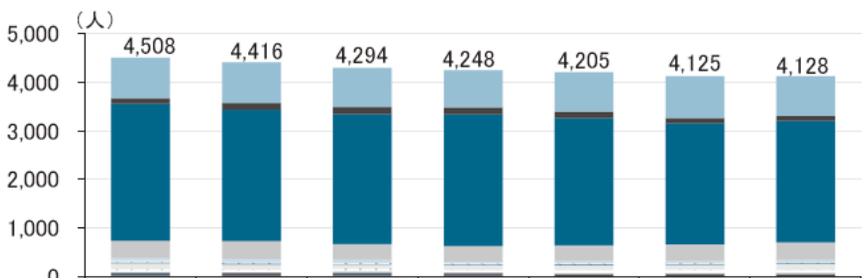
[1] 出典：厚生労働省「平成 26 年　患者調査」
[2] 出典：厚生労働省精神・障害保健課調べ「平成 27 年　中央医療審議会資料」

【入院患者の状況】

○ 本県における精神科病院の入院患者（各年の６月 30 日現在）は、平成 28（2016）年は 4,128 人となっており、年々減少の傾向がみられます。

○ 疾患別では、統合失調症圏 *が 60.6%と半数以上を占め、次に認知症などの症状性を含む器質性精神障害が 19.8%、うつ病などの気分障害が 8.6%となっています。統合失調症圏が減少する一方で、認知症などの症状性を含む器質性精神障害や発達障害などの心理的発達の障害は増加傾向にあります。

図表5-5-2　精神科病院入院患者推移（疾患別）



	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
認知症など（F0※）	831	836	799	764	806	852	816
依存症など（F1）	120	136	143	141	125	113	104
統合失調症など（F2）	2,815	2,708	2,675	2,704	2,619	2,490	2,500
うつ病など（F3）	355	365	326	318	324	337	354
神経症など（F4）	56	77	66	49	59	51	58
生理的障害など（F5）	28	21	21	17	21	17	17
パーソナリティ障害など（F6）	21	17	13	13	17	16	15
知的障害（F7）	121	108	85	100	96	102	119
発達障害など（F8）	54	52	57	52	60	68	60
小児期の情緒障害など（F9）	32	22	30	28	24	21	32
てんかん（F10）	39	47	40	34	39	41	33
その他（F11）	36	27	39	28	15	17	20

※ＩＣＤ－10 コード　　資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

○ 男女別の年齢構成では、65 歳未満の入院患者が 47.5%と減少している一方、65 歳以上の入院患者は 52.5%と増加し、特に 75 歳以上女性の入院患者は 18.2%と増加しています。

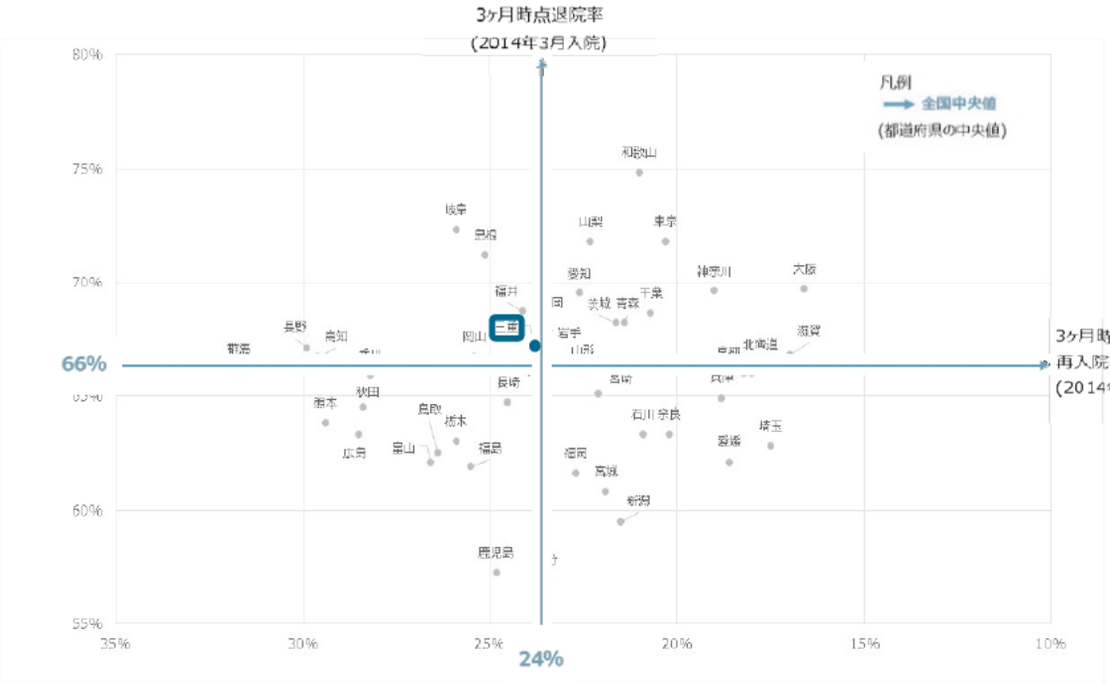
○ 入院患者の在院期間は、１年未満が 33.5%、１年以上５年未満が 29.2%、５年以上が 37.3%となっており、１年未満の入院患者、５年以上の入院患者に減少傾向がみられます。

○ 精神病床における退院率（平成 26（2014）年度）は入院後３か月時点 67%、６か月時点 83%、１年時点 89%と全国平均に近い数値となっています。

○ また、精神病床における退院後の再入院率（平成 26（2014）年度）も、退院後３か月時点 24%、６か月時点 34%、１年時点 45%と、全国平均に近い数値となっています。

○ 退院時の状況（平成 28（2016）年６月に入院した患者の状況）は、家庭復帰が 69.5%、グループホームなどが 6.0%、高齢者福祉施設が 8.3%、転院等が 12.0%、死亡が 3.6%となっており、高齢者福祉施設へ移る患者もしくは死亡による退院者の割合が増えています。

図表5-5-3　退院率・再入院率　都道府県比較



資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

○ 入院形態別（平成 28（2016）年６月 30 日現在）では、任意入院*が 2,032 件（49.2%）、医療保護入院*が 2,059 件（50.0%）、措置入院*が 13 件（0.3%）となっており、年々医療保護入院の割合が増加しています[3]。

○ また、平成 28（2016）年度の精神保健福祉法に基づく通報件数は 278 件で、その結果措置入院となった件数は 83 件（緊急措置入院*を含む）で、ともに増加傾向にあります。

(2) 精神科医療提供体制の現状

① 県内の精神科病院の状況

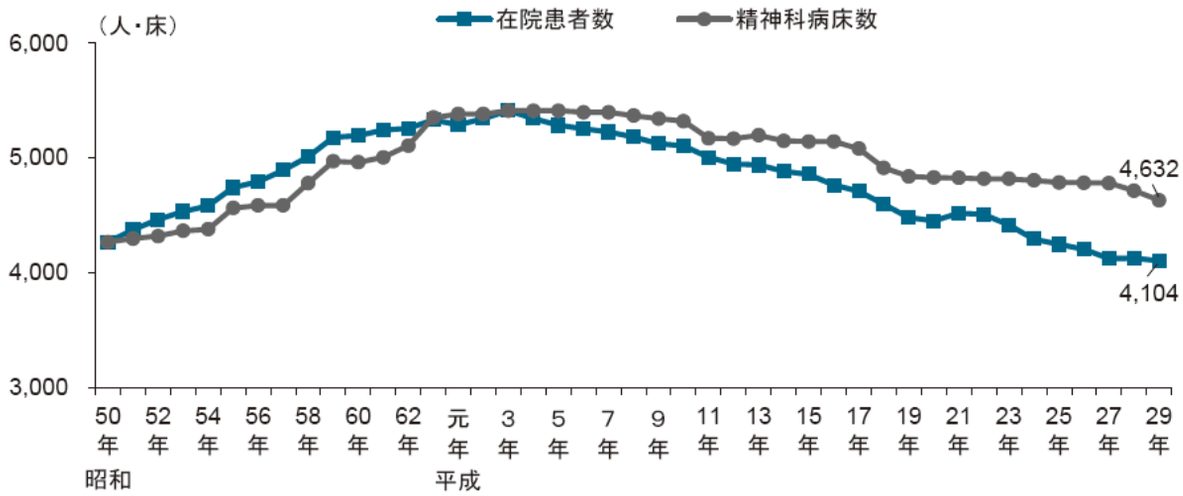
○ 県内の精神科病院は、北勢医療圏に８施設、中勢伊賀医療圏に６施設、南勢志摩医療圏に３施設、東紀州医療圏に１施設の計 18 施設です。

○ 平成 29（2017）年４月１日現在の県全体の精神科病床数は 4,632 床となっており、北勢医療圏が 2,138 床と県全体の半数近くを占めています。中勢伊賀医療圏の 1,269 床とあわせると 3,407 床となり、県内の 74%を占めています[4]。

○ 入院患者数の減少に伴い、精神科病床数も平成４（1992）年の 5,410 床をピークに、年々減少しています。

[3] 出典：厚生労働省「平成 27 年度 精神保健福祉資料」
[4] 出典：医療法に基づく精神科病床届出数

図表5-5-4　精神科病床数と入院患者数の推移



資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」

○ 精神科病院 18 施設以外で精神科外来のある総合病院および病院は、北勢医療圏で４施設、中勢伊賀医療圏で２施設、南勢志摩医療圏で４施設、東紀州医療圏で１施設の計 11 施設です。（平成 29（2017）年６月 30 日現在）

○ 精神科を標榜する診療所は、北勢医療圏で 26 施設、中勢伊賀医療圏で 19 施設、南勢志摩医療圏で８施設、東紀州医療圏で１施設の計 54 施設で、年々増加傾向にあります。（平成 29（2017）年６月 30 日現在）

○ 指定自立支援医療（精神通院医療）の指定を受けている訪問看護ステーションは、77 施設で、年々増加傾向にあります。（平成 29（2017）年６月 30 日現在）

② 精神科救急医療システム

○ 精神疾患の急性発症等により緊急の医療を必要とする精神障がい者に対応するため、県内を北部と中南部の２ブロックに分け､12 の精神科病院による輪番制を敷いています｡また、２病院が精神科救急の後方支援病院となっています。

○ 精神科救急情報センターを設置し、休日、夜間も含めて受診可能な医療機関の紹介などを行うとともに、24 時間 365 日対応可能な電話相談を実施しています。

③ 認知症疾患医療センター

○ 認知症疾患医療センターは、専門医療相談、鑑別診断、合併症・周辺症状への対応、地域包括支援センターとの連携等を行う医療機関であり、地域における認知症専門医療の充実と介護との連携強化を図っています。

○ 本県では、平成 21（2009）年度から二次医療圏域ごとに計４病院を地域型認知症疾患医療センターとして指定しています。また、平成 24（2012）年度に、従来の認知症疾患医療センターの機能に加えて身体合併症 *に対する救急・急性期医療への対応等を行うとともに、県全体の認知症医療等の連携の拠点となる基幹型認知症疾患医療センターとして三重大学医学部附属病院を指定しています。

○ さらに平成 29（2017）年度には、８つの構想区域のうちこれまで認知症疾患医療センター

のなかった４区域についてそれぞれ連携型認知症疾患医療センターを指定し、より地域の実情に合わせたきめ細かな専門医療提供体制を整えました。

２．圏域の設定と連携体制

（1）圏域の設定

○ 精神科医療圏域については、精神科医療の状況、精神疾患患者の生活圏、地理的状況等を勘案し、二次医療圏である北勢、中勢伊賀、南勢志摩、東紀州の４つの医療圏とします。
○ なお、各医療圏の精神科医療において対応が困難な事案等が生じた場合は、隣接する医療圏を中心に相互に補完して対応を行うものとします。

（2）各圏域の医療資源と連携の現状

① 北勢圏域

○ 圏域内の精神科病院８病院のうち救急医療施設は７病院で、総合心療センターひながが精神科救急輪番基幹病院になっています。また、総合心療センターひなが、厚生連鈴鹿厚生病院が、精神科救急入院料届出病院＊（スーパー救急病棟＊を持つ病院）となっています。
○ 認知症治療病棟がある病院は４病院あり、このうち東員病院が地域型認知症疾患医療センターとなっています。さらに、連携型認知症疾患医療センターとして三原クリニック、ますずがわ神経内科クリニックが指定されています。また、重度アルコール依存症管理料届出病院が１病院あります。
○ 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が４施設、精神科・神経科を標榜する診療所が 26 施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは 42 施設あります。
○ 他の圏域への患者の流出は入院患者で 6.3%、外来患者で 9.3%となっており、圏域内でおおむね完結しています[5]。

② 中勢伊賀圏域

○ 圏域内の精神科病院６病院のうち救急医療施設は４病院で、県立こころの医療センターと国立病院機構榊原病院が精神科救急輪番後方支援病院となっています。また、県立こころの医療センターが、精神科救急入院料届出病院（スーパー救急病棟を持つ病院）となっています。
○ 認知症治療病棟がある病院は２病院あり、このうち三重大学医学部付属病院が基幹型認知症疾患医療センターに、県立こころの医療センターが地域型認知症疾患医療センターとなっています。さらに、連携型認知症疾患医療センターとして信貴山病院分院上野病院が指定されています。また、重度アルコール依存症管理料届出病院が２病院、摂食障害入院医療管理加算届出病院が２病院あります。
○ 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が２施設、精神科・神経科を標榜する診

[5] 出典：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

療所が 19 施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは 16 施設あります。

○ 他の圏域への患者の流出は入院患者で 22.3%、外来患者で 10.0%となっており、特に入院患者の北勢圏域、南勢志摩圏域への流出が多く、北勢圏域へ 10.6%、南勢志摩圏域へ 8.2%となっています[5]。

③ 南勢志摩圏域

○ 圏域内の精神科病院３病院のうち救急医療施設は２病院で、松阪厚生病院が精神科救急輪番基幹病院になっています。

○ 認知症治療病棟がある病院は２病院あり、このうち松阪厚生病院が地域型認知症疾患医療センターとなっています。さらに、連携型認知症疾患医療センターとしていせ山川クリニックが指定されています。また、重度アルコール依存症管理料届出病院が１病院あります。

○ 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来が４施設、精神科・神経科を標榜する診療所が８施設、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは 14 施設あります。

○ 他の医療圏域への患者の流出は入院患者で 21.2%、外来患者で 14.8%となっており、入院、外来患者とも中勢伊賀圏域への流出がみられ、入院患者が 15.5%、外来患者が 12.5%となっています[5]。

○ 南勢志摩圏域内の中でも、精神科医療施設の立地状況に偏りがあり、大台町、大紀町、南伊勢町などの奥伊勢地域には、精神科医療施設が１施設しかないため、圏域内での連携を図っていく必要があります。

④ 東紀州圏域

○ 圏域内の精神科病院は熊野病院のみで、救急医療施設となっています。

○ 熊野病院は地域型認知症疾患医療センターとなっており、認知症治療病棟を有しています。

○ 精神科病床を持たない病院の精神科・神経科外来、精神科・神経科を標榜する診療所ともに１施設ずつで、自立支援医療（精神通院医療）の指定医療機関となっている訪問看護ステーションは５施設あります。

○ 他の圏域への患者の流出は入院患者で 23.5%、外来患者で 25.2%となっており、南勢志摩圏域への流出が入院患者で 10.2%、外来患者で 11.2%と多くみられますが、中勢伊賀圏域や隣接する和歌山県へも流出しています[5]。

○ 圏域内の精神科医療施設が少ないため、隣接する南勢志摩圏域の精神科病院等と連携を図っていく必要があります。

(3) 連携のあり方

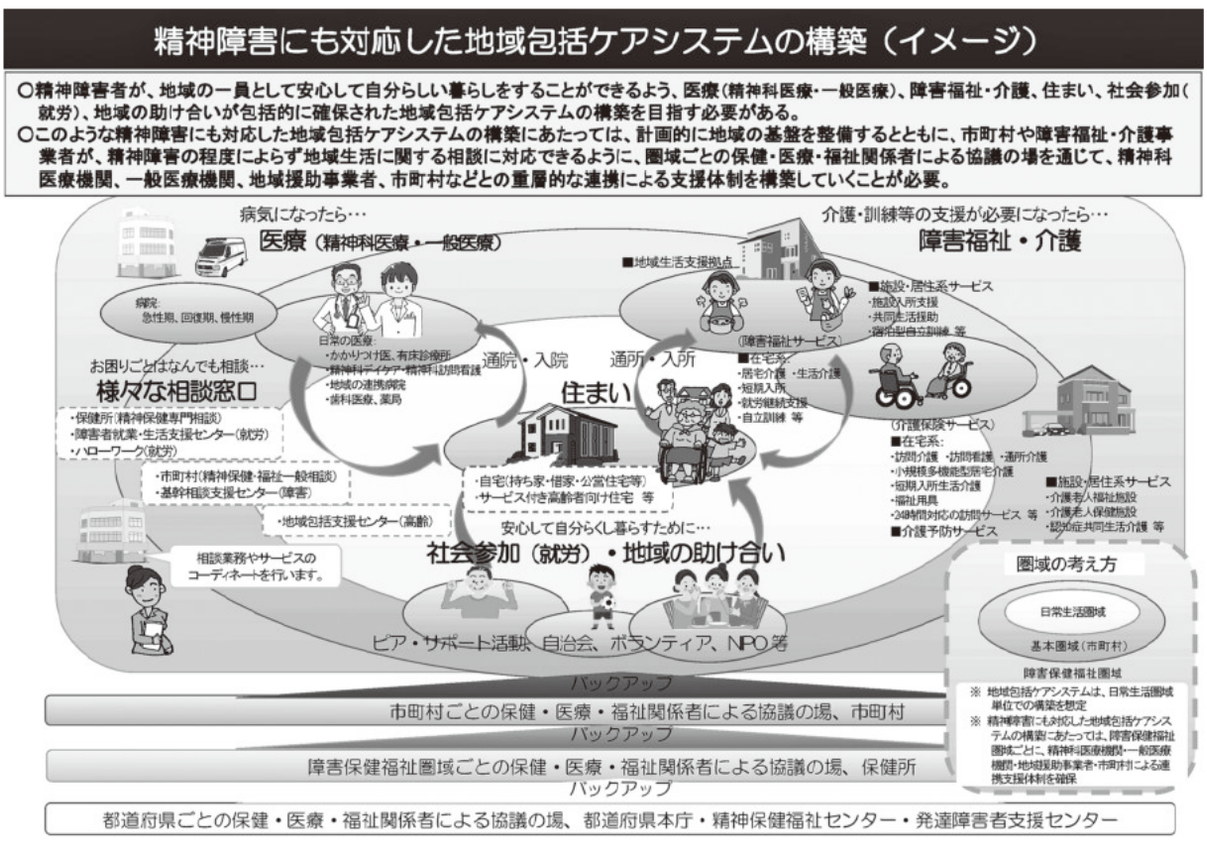
○ 精神科医療においては、北勢圏域、中勢伊賀圏域に医療資源が集中しており、南勢志摩圏域、東紀州圏域での資源の充実を図るとともに、各圏域間の連携を図る必要があります。

○ 地域において、精神障がい者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療（精神科医療・一般医療）、障がい福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、

地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築をめざす必要があります。

○ そのためには、精神科医療において、保健、福祉など医療以外の分野との連携を一層深める必要があります。

図表5-5-5　精神科医療における地域包括ケアシステム



出典：厚生労働省資料

(4) 各医療機能を担う医療機関

圏域	市町	医療機関	精神科救急医療施設	応急入院指定病院	精神科救急入院料届出病院	認知症疾患医療センター	認知症治療病棟入院料届出病院	重度アルコール依存症入院管理料届出病院	摂食障害入院医療管理加算届出病院	医療観察法指定医療機関
北勢	いなべ市	北勢病院	○							
	桑名市	多度あやめ病院	○	○			○			
	東員町	大仲さつき病院	○	○						○
	東員町	東員病院				◎	○			
	四日市市	総合心療センターひなが	○	○	○			○		○
	四日市市	水沢病院	○							
	四日市市	三原クリニック＊				○				
	鈴鹿市	厚生連鈴鹿厚生病院	○	○	○		○			○
	鈴鹿市	鈴鹿さくら病院	○				○			
	鈴鹿市	ますずがわ神経内科クリニック＊				○				
中勢伊賀	津市	県立こころの医療センター	○	○	○	◎	○	○	○	○
	津市	県立子ども心身発達医療センター								
	津市	国立病院機構 榊原病院	○	○				○		◎
	津市	久居病院	○	○			○			○
	津市	三重大学医学部附属病院				●			○	
	伊賀市	信貴山病院分院上野病院	○			○	○			○
南勢志摩	松阪市	南勢病院	○	○						○
	松阪市	松阪厚生病院	○	○		◎	○	○		○
	伊勢市	いせ山川クリニック＊				○				
	志摩市	県立志摩病院								
東紀州	熊野市	熊野病院	○	○		◎	○			○

※医療観察法 *指定医療機関のうち、◎は指定入院医療機関、○は指定通院医療機関
※認知症疾患医療センターのうち、●は基幹型、◎は地域型、○は連携型認知症疾患医療センター
※認知症疾患医療センターについては平成 29 年 10 月 1 日現在（三重県調査）
※医療機関の＊は、精神科病院以外の医療機関

資料：厚生労働省「平成 29 年度 精神保健福祉資料」
（平成 29 年 6 月 30 日現在）

3．課題

(1) 地域生活支援上の課題

① 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

○ 精神障がいのある方が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療（精神科医療・一般医療）、障がい福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築をめざす必要があります。

○ 各障害保健福祉圏域*ごとおよび各市町ごとに、保健所、市町精神保健福祉主管課、医療機関（精神科医療、一般医療）等の関係者が集まって、精神障がいのある方が、地域において自分らしい暮らしを継続することができるための体制、方策等の協議を行うなどして、地域の実情に応じた体制を構築する必要があります。

② メンタルヘルス

○ 私たちの日常の暮らしの中には、人間関係、健康問題、経済問題、社会的孤立等、多くの生活のしづらさがあり、各世代にストレス・精神疾患を引き起こす要因が存在します。

○ 県民が、こころの健康について関心を持ち、ストレスや睡眠の確保について適切な対応がとれ、身近な人に相談して、相談機関につなげることができるように、正しい知識の普及や相談支援体制の充実が必要です。

○ 受診の早期化に向け、精神的な問題の相談を行う市町や保健所、こころの健康センター等の相談窓口機関と精神科医療機関、一般医療機関、学校、産業保健関係等も含めた関係機関が情報共有を行い、患者が容易にアクセスできる体制をつくり、精神疾患の発症・進行の予防を図っていく必要があります。

③ 地域移行、地域定着支援*

○ 精神科病院の入院患者は年々減少しているものの、依然として、約 2,700 人が１年以上の長期入院を余儀なくされています。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築する中で、長期入院患者が地域移行し、安心して地域生活を継続できる環境づくりを進めることが必要です。

○ 長期入院患者の中には、長年の入院生活から地域で生活するための情報が不足したり、意欲が低下してしまっている人も多くみられ、地域移行に向けての意欲を喚起する取組が必要です。

○ 新たに精神科病院へ入院する患者のうち、約１割が１年以上の長期入院となっています。また、１年以上精神科病院へ長期入院していた患者のうち、約６割が退院１年以内に再び入院しています。地域で安心して生活できる環境づくりを行うことにより、入院の長期化と再入院を防ぐ必要があります。

○ 精神科病院入院患者の地域移行、地域定着支援については、各障害保健福祉圏域単位で、地域の実情に応じた課題整理と具体的な支援の検討が必要です。

○ 精神科医療が必要であるにも関わらず未受診であったり、治療が中断している人を医療や福祉につなげ、地域での生活の継続を図ることが必要です。

④ 精神疾患、精神障がいの正しい理解の促進

○ 精神障がい者に対する社会的偏見は依然として根深いものがあるため、継続して正しい知識の普及啓発を図る必要があります。

(2) 精神科医療に関する課題

① 精神科医療体制

○ 身体合併症患者への適切な医療提供や一般医療における精神疾患の早期発見・早期治療のため、精神科医療機関と一般医療機関等との連携体制構築を進めていくことが必要です。

② 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

1） 統合失調症

○ 統合失調症については、本県の自立支援医療（精神通院医療）受給者（平成 28（2016）年度）では 7,615 人で全体の 28.2%、精神科病院入院患者（平成 28（2016）年度）では 2,500 人で全体の 60.6%を占めており、入院患者については近年減少傾向にあります。

○ 治療抵抗性統合失調症治療薬*の効果が見込まれる難治性統合失調症患者について、同治療薬が活用できるための体制づくりが必要です。

○ 統合失調症は、約 100 人に 1 人がり患する頻度の高い疾患です。一方で、その症状などから、精神疾患の中でも特に偏見を持たれやすい疾患であり、疾患の正しい理解を啓発していくことが必要です。また、思春期に発症することが多いと言われていることなどから、早期発見・早期治療に向けた取組を進めることが必要です。

2） うつ病・躁うつ病

○ 本県の自立支援医療（精神通院医療）受給者（平成 28（2016）年度）では、うつ病・躁うつ病を含む気分障害は、10,870 人で全体の 40.3%を占め、近年増加傾向にあります。

○ うつ病等の気分障害は自殺の要因の一つであるとの指摘があり、一般医療機関等と連携した早期発見・早期治療などの支援が求められています。

3） 認知症

○ 高齢化の進展に伴い、認知症患者は今後ますます増加することが予想されています。三重県内における認知症高齢者数は、平成 27（2015）年で約 7.6 万人、平成 37（2025）年には約 10.1 万人になると推計されます。

○ 認知症の人とその家族が住み慣れた地域で暮らし続けるために、高齢者と関わる機会の多い医療従事者等の気づきを認知症の早期発見・早期診断につなげることや、医療機関において的確な診断および介護分野と連携した適切な認知症ケアを提供することが求められています。

4） 児童・思春期疾患

○ 本県の 19 歳以下の自立支援医療（精神通院医療）受給者数は 1,559 人で、近年減少傾向にありますが、人口比でみると 0.49%（平成 28（2016）年度）と増加傾向にあります。

○ 本県では、県立子ども心身発達医療センター（旧小児心療センターあすなろ学園）が、全国では数少ない入院病床を持つ児童精神科病院として児童・生徒の治療に携わっています。児童・思春期疾患の治療に対応できる医療機関を増やす必要があります。
○ 児童・生徒は成人と比べて、表現の苦手さや周囲の偏見等から、精神科への受診につながりにくい傾向があるため、早期発見・早期対応に向けた取組が必要です。

5） 発達障がい
○ 本県の自立支援医療（精神通院医療）受給者では、発達障害などの心理的発達の障害は1,217人（平成28（2016）年度）で、近年増加傾向にあります。
○ 本県では、県立子ども心身発達医療センター（旧小児心療センターあすなろ学園）が、精神科病院、精神科クリニックとともに発達障がい児の治療に携わっています。また、成人の発達障がい者については、二次障害*でもある気分障害などの治療を中心に精神科病院、精神科クリニックにおいて対応が行われています。障がい児、者ともに発達障がいの治療に対応できる医療機関を増やす必要があります。
○ 発達障がい児・者は生活のしづらさを抱えており、医療的支援以外に、生活環境の調整など福祉的支援も必要となります。精神科医療機関と自閉症・発達障害支援センター*などの福祉支援機関との連携を強化する必要があります。

6） 依存症
○ アルコール依存症について、平成28（2016）年度に策定した「三重県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、アルコール健康障害の早期発見・早期介入、アルコール依存症当事者、家族等からの相談に応じる体制の整備、アルコール依存症の治療体制の整備などの取組を進める必要があります。
○ 薬物依存症、ギャンブル依存症など他の依存症についてもアルコール依存症と同様の取組が必要ですが、特に対応できる医療機関を増やすことが必要です。
○ 依存症の治療には、精神科医療と自助グループ*、家族会との連携が重要といわれており、依存症の治療に対応できる医療機関、相談機関と自助グループ等との連携を深める取組が必要です。

7） 外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ）
○ 全国における医療機関で継続的に受療しているＰＴＳＤの総患者数は0.3万人（平成26（2014）年）であり、近年増加傾向にあります。
○ ＰＴＳＤが疑われる患者には、心理的応急対応が重要であると言われており、医療従事者等が対応スキルを身につける必要があります。特に本県においては、南海トラフ地震の発生等に備えて、災害等によるＰＴＳＤの発症予防、発症後の早期回復のための支援体制を構築する必要があります。

8） 高次脳機能障害
○ 高次脳機能障害者は全国に20万人いると推計されています。
○ 高次脳機能障害については、受傷後の急性期医療から回復期医療を経て、社会復帰のため

の福祉的支援まで途切れなく支援を行うことが重要といわれており、三重県では急性期を担当する厚生連松阪中央総合病院、回復期を担当する藤田保健衛生大学七栗記念病院、社会復帰を担当する三重県身体障害者総合福祉センターが、「三重モデル」と呼ばれるネットワークを構築し、途切れの無い支援に取り組んでいます。

○ 高次脳機能障害に起因する精神症状から、精神科医療を受診する人も多くみられます。高次脳機能障害にも適切に対応できるよう、精神科医療機関に理解を促す取組が必要です。

9） 摂食障害

○ 平成 26（2014）年に医療機関を受診している摂食障害の総患者数は、全国で約 1.0 万人であり、近年おおむね横ばいで推移しています。

○ 摂食障害の治療には、精神科医療と自助グループ、家族会との連携が効果的であるといわれており、摂食障害の治療に対応できる医療機関、相談機関と自助グループ等との連携を深める取組が必要です。

10）てんかん

○ 本県の自立支援医療（精神通院）受給者のうち、主たる疾患がてんかんの患者は 1,735 人（平成 28（2016）年度）であり、近年微増傾向にあります。

○ 平成 27 年度から静岡県など全国８県に「てんかん診療拠点機関」が設置されており、より効果的な医療を提供するため、県内のてんかんの治療に対応している医療機関と「てんかん診療拠点機関」との連携強化を図ることが必要です。

11）精神科救急

○ 休日夜間等における精神疾患の急性発症、急性憎悪に対応するため、24 時間 365 日の精神科救急医療提供・相談を含めた精神科救急医療システムの体制維持が必要です。

○ 精神科救急医療システムの体制において、地域によって病院の立地状況に差があるため、救急輪番ブロック内における各精神科医療機関の連携が必要です。

○ 一般救急と精神科救急の連携強化が求められています。

○ 精神科クリニックおよび一般病院の精神科救急体制への協力強化を図る必要があります。

12）身体合併症

○ 救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、一般医療機関への入院患者のうち 12%は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%は身体疾患、精神疾患ともに入院による治療を必要とするとの報告があります。

○ 高齢化の進展に伴い、今後、身体合併症患者の増加が予想されます。一般医療と精神科医療の連携を深め、身体合併症に対応できる仕組みづくりに取り組む必要があります。

13）自殺対策

○ 本県の自殺者数は平成 28（2016）年に 265 人（人口動態統計）で減少傾向にありますが、10 歳から 44 歳の死因別順位において自殺が第１位または第２位となっており、依然深刻な状況です。

○ 自殺の原因・動機は健康問題が最も多く、次いで男性では経済・生活問題、女性では家庭問題が多くなっています。
○ 自殺の危険性の高い人を早期に発見し、精神科医療につなぐ取組にあわせて、自殺の危険性を高めた背景にある経済・生活問題、福祉の問題、家族の問題などさまざまな問題に包括的に対応するため、精神科医療、保健、福祉などの各施策の連動性を高め、誰もが適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにすることが必要です。

14）災害精神医療
○ 大規模災害発生時等に、被災地の精神科医療の補完および被災者、支援者のこころのケアなどを行う「三重ＤＰＡＴ*（災害派遣精神医療チーム）」は、平成 29（2017）年 10 月現在で 21 チーム登録されています。
○ 南海トラフ地震の発生等に備えて、訓練、研修などによる「三重ＤＰＡＴ」の体制強化やＤＭＡＴ*（災害派遣医療チーム）、医療救護班等との連携強化など、災害時精神医療体制の構築、強化が必要です。

15）医療観察法における対象者への医療
○ 本県における医療観察法上の指定入院医療機関、指定通院医療機関は、平成 29（2017）年 10 月現在でそれぞれ１施設と 10 施設です。指定通院医療機関について、偏在傾向があるため、地域からアクセスが容易な医療機関を確保する必要があります。
○ 医療観察法対象者への医療提供には、精神科医療機関に加え、保護観察所、検察庁、警察、保健所等が連携して実施することが求められています。

４．めざす姿と施策の展開

（1）めざす姿

○ 精神科医療機関と一般医療機関や保健・福祉サービス等の連携により、地域において地域の特色を生かした精神障害にも対応した地域包括ケアシステムが整備され、患者が多様な精神疾患等に応じて安心して医療を受けることにより、自立した日常生活、社会生活を過ごすことができています。

（2）取組方向

取組方向１：精神疾患のある人等が地域の一員として、安心して、自分らしい生活ができるための支援
取組方向２：多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

(3) 数値目標

障害福祉計画の計画期間（３年）と合わせて医療計画（６年）の半期に見直しを行うこととされていることから、平成 32 年度、平成 35 年度の目標値を設定します。

<table>
<tr><th>目標項目</th><th>目標項目の説明</th><th>目標値・現状値</th></tr>
<tr><td rowspan="9">入院後３か月、６か月、１年時点での退院率

【精神保健福祉資料調査】</td><td rowspan="9">社会的入院などによる入院の長期化を防ぐため、可能な限り早期に退院できることを目標とします。</td><td>目　標</td></tr>
<tr><td>H32　　H35</td></tr>
<tr><td>３か月時点　69.0%　69.0%</td></tr>
<tr><td>６か月時点　84.0%　84.0%</td></tr>
<tr><td>１年時点　92.0%　92.0%</td></tr>
<tr><td>現　状(H28)</td></tr>
<tr><td>３か月時点　58.9%</td></tr>
<tr><td>６か月時点　81.9%</td></tr>
<tr><td>１年時点　87.6%</td></tr>
<tr><td rowspan="9">退院後３か月、６か月、１年時点での再入院率

【精神保健福祉資料調査】</td><td rowspan="9">精神科病院を退院した患者が、可能な限り地域で、持続的に安心して生活できる体制づくりをめざすために再入院を防ぐことを目標とします。</td><td>目　標</td></tr>
<tr><td>H32　　H35</td></tr>
<tr><td>３か月時点　23.0%　20.0%</td></tr>
<tr><td>６か月時点　30.0%　29.0%</td></tr>
<tr><td>１年時点　37.0%　34.0%</td></tr>
<tr><td>現　状(H26)</td></tr>
<tr><td>３か月時点　24.0%</td></tr>
<tr><td>６か月時点　34.0%</td></tr>
<tr><td>１年時点　45.0%</td></tr>
<tr><td rowspan="7">精神病床における慢性期入院患者数（65 歳以上、65 歳未満）

【精神保健福祉資料調査】</td><td rowspan="7">慢性期入院患者の退院を促進するため、慢性期の入院患者数を減少させることを目標とします。また、65 歳以上の高齢者と65歳未満の若年者に分けて目標設定します。</td><td>目　標</td></tr>
<tr><td>H32　　H35</td></tr>
<tr><td>65 歳以上　1,207 人　1,020 人</td></tr>
<tr><td>65 歳未満　1,066 人　875 人</td></tr>
<tr><td>現　状(H28)</td></tr>
<tr><td>65 歳以上　1,526 人</td></tr>
<tr><td>65 歳未満　1,221 人</td></tr>
<tr><td rowspan="5">各障害保健福祉圏域および各市町における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの協議の場設置数

【三重県調査】</td><td rowspan="5">慢性期入院患者を含む精神障がい者が、地域で持続的に安心して生活できるために、各地域の特性を生かした精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの協議の場の設置を進めることを目標とします。</td><td>目　標（H32、H35 とも）</td></tr>
<tr><td>障害保健福祉圏域：９圏域</td></tr>
<tr><td>市町:29 市町（共同設置含む。）</td></tr>
<tr><td>現　状(H29)</td></tr>
<tr><td>障害保健福祉圏域：０圏域
市町：０市町</td></tr>
</table>

（4）取組内容

取組方向１：精神疾患のある人等が地域の一員として、安心して、自分らしい生活ができるための支援

○ 地域の特性を生かし、地域の実情に応じた医療（精神科医療、一般医療）、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築が進められるよう、各障害保健福祉圏域および各市町において協議の場が設置され、関係機関が連携して支援が行われるよう取り組みます。（市町、医療機関、関係機関、県）

○ 「みえ障がい者共生社会づくりプラン」に基づき、精神障がい者が地域で生活するために必要なグループホームや日中活動支援などの障害福祉サービスの体制充実に取り組みます。（市町、関係機関、県）

○ 「三重の健康づくり基本計画」（こころ・休養分野）に基づき、メンタルヘルス対策に取り組みます。県民一人ひとりが、こころの健康について関心を持ち、ストレスや睡眠の確保に対して適切な対処行動がとれるとともに、うつや自殺について正しく理解し、自分だけでなく家族や職場の同僚など周囲の人についてもその傾向に気づき、対処行動がとれるよう、広く普及啓発を行います。（市町、県）

○ 長期入院患者への退院意欲の喚起等のため、ピアサポーター*を精神科病院に派遣し、体験談プログラムの実施や地域生活の不安を解消するための情報提供を行います。（医療機関、関係機関、県）

○ 精神科受診が必要にも関わらず受診につながらなかったり、治療が中断してしまった人を支援するため、精神科医師等の多職種チームによるアウトリーチ支援を実施します。（医療機関、関係機関、県）

○ 精神疾患、精神障がいの正しい理解を啓発するため、「みえ発！こころのバリアフリー大使」による地域、学校等での啓発パフォーマンスや精神障がい当事者主体による啓発活動を進めます。（関係機関、県）

取組方向２：多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

１） 統合失調症

○ 治療抵抗性統合失調治療薬が活用されるための体制づくりに努めます。（医療機関、県）

○ 統合失調症について正しい理解を促すための取組を進めるとともに、児童・生徒の疾患の早期発見・早期治療に向けた取組を進めます。（医療機関、県）

２） うつ病・躁うつ病

○ 自殺対策等を行う中で、一般医療機関等と連携したうつ病・躁うつ病の早期発見・早期治療につながる取組を進めます。（医療機関、県）

３） 認知症

○ 県内９か所の認知症疾患医療センターを中心として認知症サポート医*・かかりつけ医等や介護関係者の連携体制を構築することで、認知症の診断・治療や家族への相談支援の充実に努めます。（市町、医療機関、関係機関、県）

○ 認知症サポート医養成研修の受講における支援や、病院の指導的立場の看護職員に対する認知症対応力向上研修を実施して、病院・診療所における認知症医療体制の構築を図ります。また、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等の医療従事者に対し、認知症対応力向上研修を実施して、認知症の早期発見・早期治療および地域で暮らす認知症の人に対する適切なケアにつなげます。（医療機関、県）
○ 認知症の早期診断・早期対応に向け、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、看護師等の複数の専門職により、認知症が疑われる人等に対し初期支援が包括的・集中的に行われる「認知症初期集中支援チーム」に係る市町の取組が円滑に進むよう、先進事例の情報提供や情報交換の場を設けるなどの支援を行います。（市町、県）

4） 児童・思春期疾患
○ 児童・思春期疾患の治療に対応できる医療機関の確保に努めるとともに、県立子ども心身発達医療センター、精神科病院、精神科クリニックの思春期外来等の連携強化を図ります。（医療機関、県）
○ 精神疾患の正しい理解を児童・生徒や教師、保護者に啓発することで、児童・思春期の精神疾患の早期発見・早期治療を図ります。（医療機関、関係機関、県）

5） 発達障がい
○ 発達障がい児・者の治療に対応できる医療機関の確保に努めます。（医療機関、県）
○ 発達障がい者地域支援協議会の開催などにより、精神科医療機関等による医療的支援と自閉症・発達障害支援センター等による地域の福祉的支援の連携強化を図ります。（市町、医療機関、関係機関、県）

6） 依存症
○ 「三重県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、①飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、アルコール健康障害の発生を予防、②アルコール健康障害の早期発見・早期介入、③アルコール当事者、家族からの相談に応じる体制の整備、④アルコール依存症治療体制の整備、⑤アルコール関連問題に対応できる人材の育成、⑥アルコール関連問題に関する調査研究の推進に取り組みます。（市町、医療機関、関係機関、県）
○ 薬物依存症、ギャンブル依存症等、アルコール依存症以外の依存症について、その治療に対応できる医療機関の確保に努めます。（医療機関、県）
○ 各障害保健福祉圏域ごとに依存症ネットワーク会議を開催することにより、依存症の治療に対応できる専門医療機関、自助グループ、地域の支援機関の連携強化を図ります。（市町、医療機関、関係機関、県）

7） 外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ）
○ ＰＴＳＤの発症予防、悪化の防止のため、外傷の対応とあわせて心理的応急対応が適切に行えるよう、医療従事者等が対応スキルを身につけるための研修を実施します。（県）
○ 災害時におけるＰＴＳＤの発症予防および発症後の早期回復のため、「三重ＤＰＡＴ」の体制強化を図ります。（医療機関、県）

8）高次脳機能障害

○ 高次脳機能障害の身体科リハビリテーションを実施している医療機関、支援機関等と精神科医療との連携強化に取り組みます。（市町、医療機関、関係機関、県）

○ 「高次脳機能障害者地域支援セミナー」を開催し、精神科医療機関等の高次脳機能障害についての理解の促進を図ります。（関係機関、県）

9）摂食障害

○ 摂食障害の治療に対応できる医療機関の確保に努めるとともに、これらの医療機関と相談機関および自助グループ等との連携強化に取り組みます。（医療機関、関係機関、県）

10）てんかん

○ てんかんの治療に対応できる医療機関の確保に努めるとともに、これらの医療機関と「てんかん診療拠点機関」との連携強化に取り組みます。（医療機関、県）

11）精神科救急

○ 精神科救急医療システムの安定的な運営、強化を図ります。（保健所設置市、医療機関、県）

○ 三重県精神保健福祉審議会精神科救急医療システム検討部会を開催し、精神科救急医療体制の地域差の解消、一般救急と精神科救急との連携等、精神科救急医療システムにかかる課題の解決に取り組みます。（医療機関、関係機関、県）

○ 各障害保健福祉圏域において、保健所が開催する精神保健福祉連絡会等で、地域の関係機関と協議、調整を行い、地域の関係機関間の連携強化を図ります。（市町、医療機関、関係機関、県）

12）身体合併症

○ 三重県精神保健福祉審議会精神科救急医療システム検討部会における協議や、アルコール依存症にかかる一般医療と精神科医療の連携モデルの取組を進める中で、身体合併症に対応できる仕組みづくりに取り組みます。（医療機関、県）

13）自殺対策

○ 「第３次三重県自殺対策行動計画」に基づき、世代別（子ども・若者、中高年層、高齢者層）の取組や、うつ病などの精神疾患を含む対策、自殺未遂者支援、遺族支援、関係機関・民間団体との連携、自殺対策を担う人材育成、自殺に関する情報の収集と提供などに取り組みます。（医療機関、関係機関、県）

○ 誰もが適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるよう、救急医療機関や精神科医療機関、かかりつけ医、産業医との連携強化を図るなど、自殺予防の取組を進めます。（市町、医療機関、県）

14）災害精神医療

○ 「三重ＤＰＡＴ」について、協定病院数の増加に向けた働きかけを行うとともに、国や県の総合防災訓練への積極的な参加やＤＭＡＴ等と連携した研修を実施することにより、体

制強化を図ります。（医療機関、県）
○ 三重ＤＰＡＴ運営委員会を定期的に開催し、県内の災害精神医療体制の強化を図ります。（医療機関、県）

15）医療観察法における対象者への医療
○ 東海北陸厚生局および津保護観察所が行う医療観察法に基づく指定通院医療機関の確保に協力します。（東海北陸厚生局、津保護観察所、県）
○ 医療観察法に基づく指定入院医療機関、指定通院医療機関、津保護観察所、検察庁、警察、保健所、市町精神障がい担当主管課との連携を促進するため、津保護観察所と共同で医療観察法連絡協議会を開催するとともに、関係機関が開催する医療観察法ネットワーク会議を支援します。（津保護観察所、医療機関、関係機関、県）

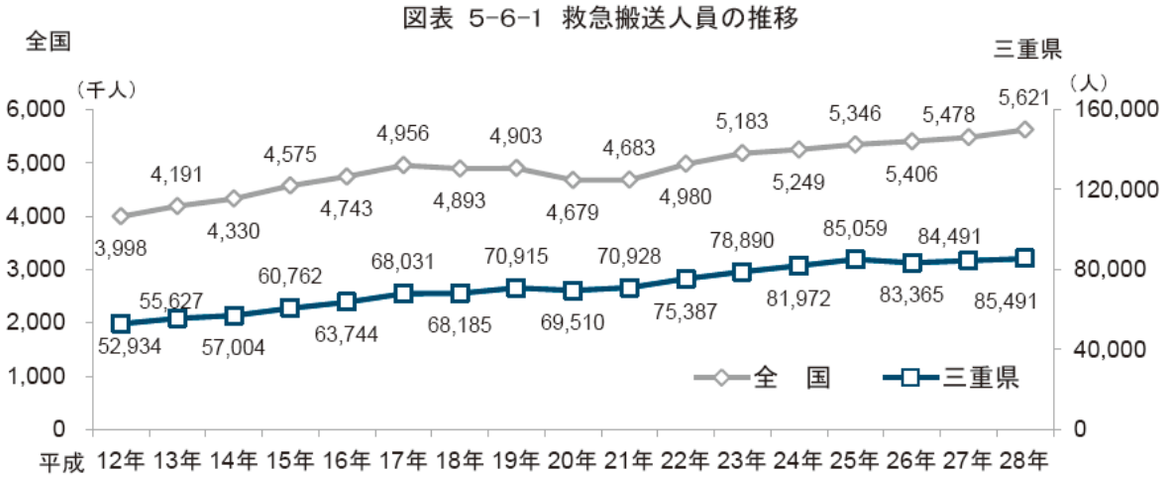
第６節｜救急医療対策

1. 救急医療の現状

(1) 救急搬送の概況

○ 全国で救急搬送された人数は、平成 12（2000）年は約 3,998 千人でしたが、平成 28（2016）年には約 5,621 千人に増加しています。本県においても、平成 12（2000）年は 52,934 人でしたが、平成 28（2016）年には 85,491 人と増加傾向にあります。

図表 5-6-1 救急搬送人員の推移



（単位：人）

	搬送人員（全国）	搬送人員（三重県）	救急出動件数（全国）	救急出動件数（三重県）
平成 12 年	3,997,942	52,934	4,182,675	53,137
平成 13 年	4,190,897	55,627	4,397,527	55,995
平成 14 年	4,329,935	57,004	4,555,881	57,706
平成 15 年	4,575,325	60,762	4,830,813	61,828
平成 16 年	4,743,469	63,744	5,029,108	65,241
平成 17 年	4,955,976	68,031	5,277,936	70,069
平成 18 年	4,892,593	68,185	5,237,716	70,362
平成 19 年	4,902,753	70,915	5,290,236	73,409
平成 20 年	4,678,636	69,510	5,097,094	72,553
平成 21 年	4,682,991	70,928	5,122,226	73,963
平成 22 年	4,979,537	75,387	5,463,682	78,971
平成 23 年	5,182,729	78,890	5,707,655	83,223
平成 24 年	5,249,088	81,972	5,802,039	87,076
平成 25 年	5,346,087	85,059	5,915,683	90,560
平成 26 年	5,405,917	83,365	5,984,921	89,277
平成 27 年	5,478,370	84,491	6,054,815	90,593
平成 28 年	5,621,218	85,491	6,209,964	91,492

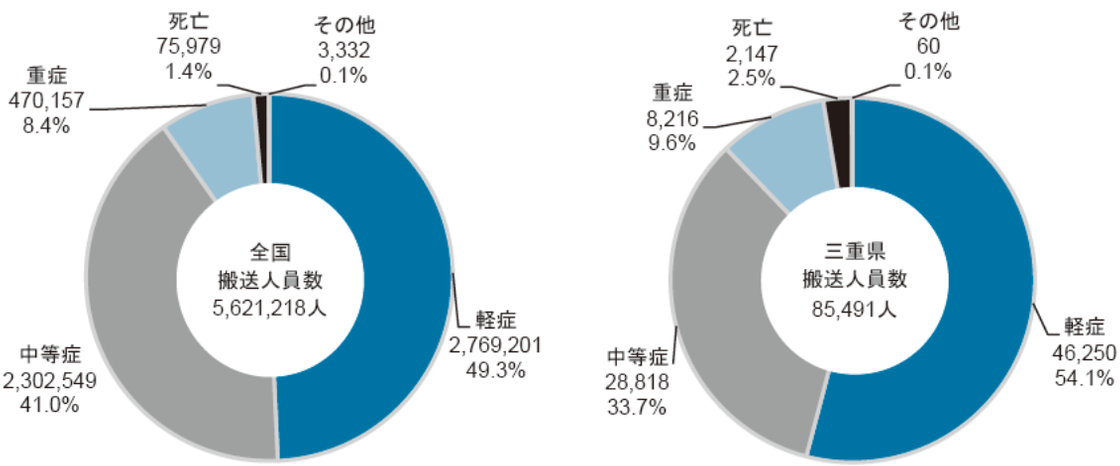
※救急車による出動件数・搬送人員です。

資料：消防庁「平成 29 年版 救急・救助の現況」

○ 全国における救急搬送患者のうち、診察の結果、帰宅可能な軽症者が半数弱を占めます。本県における救急搬送人員数の傷病程度（重症、軽症等）別割合を見ると、半数以上が軽症です。この中の一部には、不要不急にもかかわらず安易に救急車を利用している例も散見されます。

図表 5-6-2 救急車による傷病程度別搬送人員数と割合

（単位：人/年）



資料：消防庁「平成 29 年版 救急・救助の現況」

○ 全国の入院患者の状況をみると、救急の受診によるものは全体の 20.6%となっています。また、救急の受診のうち救急車による搬送、徒歩や自家用車等による救急の受診を合わせた診療時間外の受診による入院は 44.2%となっています。本県においては、救急の受診による入院は全体の 20.1%、また、救急の受診のうち救急車による搬送、徒歩や自家用車等による救急の受診を合わせた診療時間外の受診による入院は42.8%となっています。

図表 5-6-3 来院時の状況別に見た推計患者数（全国）

（単位：千人／日、%）

来院時の状況	入院						外来					
	総数						総数					
			病院		一般診療所				病院		一般診療所	
総数	1318.8	100.0	1273.0	100.0	45.8	100.0	5874.9	100.0	1641.9	100.0	4233.0	100.0
通常の受診	1046.7	79.4	1006.5	79.1	40.2	87.8	5827.6	99.2	1602.1	97.6	4225.6	99.8
救急の受診	272.1	20.6 (100.0)	266.5	20.9 (100.0)	5.6	12.2 (100.0)	47.3	0.8 (100.0)	39.9	2.4 (100.0)	7.4	0.2 (100.0)
救急車により搬送	141.5	(52.0)	140.0	(52.5)	1.5	(26.8)	15.4	(32.6)	14.4	(36.1)	1.0	(13.5)
診療時間内の受診	72.8	(26.8)	71.7	(26.9)	1.1	(19.6)	7.0	(14.8)	6.2	(15.5)	0.8	(10.8)
診療時間外の受診	68.6	(25.2)	68.2	(25.6)	0.4	(7.1)	8.4	(17.8)	8.3	(20.8)	0.2	(2.7)
徒歩や自家用車等による救急の受診	130.6	(48.0)	126.6	(47.5)	4.1	(73.2)	31.9	(67.4)	25.4	(63.7)	6.4	(86.5)
診療時間内の受診	79.0	(29.0)	76.7	(28.8)	2.3	(41.1)	13.9	(29.4)	8.9	(22.3)	5.0	(67.6)
診療時間外の受診	51.7	(19.0)	49.9	(18.7)	1.8	(32.1)	17.9	(37.8)	16.5	(41.4)	1.4	(18.9)

資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」

図表 5-6-4 来院時の状況別に見た推計患者数（三重県）

（単位：千人／日、％）

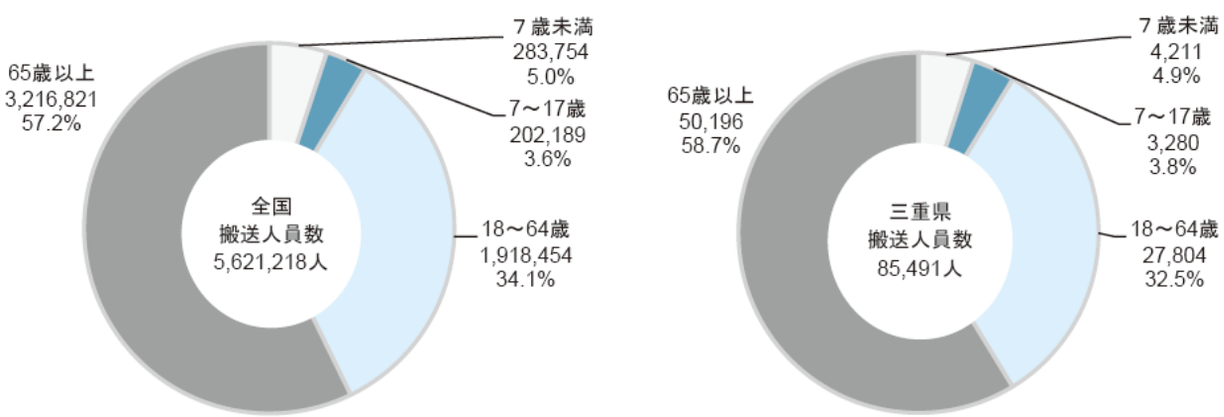
来院時の状況	入院		外来	
	総数		総数	
総数	17.4	100.0	100.0	100.0
通常の受診	13.9	79.9	99.5	99.5
救急の受診	3.5	20.1 (100.0)	0.5	0.5 (100.0)
救急車により搬送	1.9	(54.3)	0.2	(40.0)
診療時間内の受診	0.9	(25.7)	0.1	(20.0)
診療時間外の受診	0.9	(25.7)	0.1	(20.0)
徒歩や自家用車等による救急の受診	1.6	(45.7)	0.3	(60.0)
診療時間内の受診	1.0	(28.6)	0.2	(40.0)
診療時間外の受診	0.6	(17.1)	0.1	(20.0)

資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査」

○ 全国で救急搬送された高齢者は、平成 12（2000）年には約 149 万人でしたが、平成 28（2016）年には約 322 万人と大きく増加しています。また、75 歳以上 84 歳以下の高齢者は、救急搬送全体の 22.6%、85 歳以上の高齢者は 18.4%と他の年齢層より多くなっています[1]。

○ 全国の平成 28（2016）年における全救急搬送人員約 562.1 万人のうち、急病で搬送された傷病者は約 360.8 万人となっており、約 64.2%を占めています。急病で搬送された傷病者のうち、重症（死亡も含む）と分類された約 33.8 万人の疾患別の内訳は、脳疾患が 6.9 万人、心疾患等が 8.2 万人となっており、両疾患で 44.9%を占めています。また、急病で搬送された傷病者のうち、死亡が最も多いのは心疾患等（38.6%）となっています。

図表 5-6-5 救急車による年齢階層別搬送人員の割合数



資料：三重県「平成 29 年版 救急・救助の現況」

(2) 救急医療提供体制

○ 本県の医師数は全国平均と比べて少なく、診療科目別では、循環器内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、小児科、麻酔科および救急科等において、人口 10 万人あたりの医師数が全国順位の下位に位置しています。

[1] 出典：消防庁「平成 29 年版 救急・救助の現況」

○ また、２年ごとに厚生労働省が実施している調査において、50 歳未満の病院勤務医師数について着目すると、全国的には平成 18 年度以降年々増加しており、本県では平成 22 年度まで減少していましたが、平成 24 年度以降は増加に転じています。しかし、50 歳未満の病院勤務医師の病院勤務医師数全体に占める割合は平成 18 年以降、全国的に減少傾向にあり、本県も同様の傾向です[2]。

① 病院前救護体制

○ 病院前救護とは、病気を発症したり、けがをしたりした患者に対して、救急現場や救急車での搬送中に応急処置等を行うことです。医学的観点から、救急救命士を含む救急隊員が行う応急処置等の質を保証する仕組みをメディカルコントロール体制といいます。

○ 具体的には、消防機関と医療機関との連携によって、医学的根拠に基づく、地域の特性に応じた各種プロトコルを作成し、救急隊が救急現場等から、迅速に医師の指示、指導・助言が受けられることが必要です。また、実施した処置について、医師による医学的・客観的な事後検証が行われ、その結果がフィードバックされ、再教育等が行われることが必要です。

○ 平成 13（2001）年からメディカルコントロール体制の整備のため、各都道府県および各地域にメディカルコントロール協議会の設置が開始されました。本県においても、地域メディカルコントロール協議会が９地域に設置され、事後検証等の実施を通じて、病院前救護の質の向上を図っています。

○ 救急現場や搬送中における救急救命士による重症傷病者に対する救急救命処置や、ＡＥＤ(自動体外除細動器)等を使った市民による応急手当の重要性が高まっています。本県においては、平成 28（2016）年中の心肺機能停止傷病者全搬送件数のうち、一般市民により 29 件の除細動が実施され、人口あたりの件数は全国平均を上回っています。

○ 病院前救護の主な担い手となる救急救命士は、平成３（1991）年の制度発足以来、県内 15 消防本部で平成 29（2017）年４月までに 518 人が養成され、救急患者の救命率の向上に努めているところです。

○ 救急救命士がいる救急隊の割合は全国と同水準ですが、救急車の稼働台数（人口 10 万人あたり）は、全国平均よりも多い状況です。また、救急救命士が常時同乗している救急車の割合は 96.6％となっています。

○ 救急救命士の必要性、重要性が高まる中、救急救命士が担う業務範囲も拡大しており、指導救命士制度の創設等、救急救命士の資質向上に向けた取組が実施されています。

○ 市民に対して行われる救急蘇生法講習（普通・上級講習）の人口１万人あたりの受講者数は 106.5 人で、全国平均 109.2 人を下回っています。

○ 県内の人口１万人あたりのＡＥＤ設置台数は約 28.5 台であり、全国の人口１万人あたりの設置台数 24.7 台を上回っています[3]。

○ 救急搬送において、受入医療機関が速やかに決定されない事案が全国各地で発生し、社会問題となったことから、平成 21（2009）年５月に消防法が改正され、都道府県において、医療機関、消防機関等が参画する協議会を設置し、傷病者の搬送・受入ルールを策定することとされました。

---

[2] 出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

[3] 出典：一般社団法人 日本救急医療財団「財団全国ＡＥＤマップ」

○ このことから、本県では、三重県救急搬送・医療連携協議会を設置し、傷病者の状況に応じた適切な搬送および受入体制を構築するため、平成 22（2010）年９月に「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を策定し、平成 23（2011）年４月から運用を開始しています。

○ 三重県救急搬送・医療連携協議会では、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に関する協議、基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施に関する連絡調整、メディカルコントロール体制の整備等に関する協議等を行っています。

図表 5-6-6 救急救命士の数および住民の救急蘇生法講習の受講者数

（単位：人／年）

	救急救命士の数		住民の救急蘇生法講習の受講者数（人口一万人あたり）
	実　数	人口 10 万人あたり	
全　国	27,717	21.7	109.2
三重県	518	28.1	106.5

資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成29年１月１日現在）

図表 5-6-7 救急隊の総数および救急救命士運用隊の割合

（単位：隊／年）

	救急隊の総数		救急救命士運用隊の割合
	救急隊の総数	うち救急救命士運用隊数	
全　国	5,140	5,082	98.9%
三重県	105	102	97.1%

資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」

図表 5-6-8 救急車の稼働台数および救急救命士が常時同乗している救急車の割合

（単位：台／年）

	救急車の稼働台数		救急救命士が常時同乗している救急車の割合
	実　数	人口 10 万人あたり	
全　国	6,271	4.9	91.2%
三重県	118	6.4	96.6%[1]

資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」（全国）、[1]三重県調査（防災対策部）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成29年１月１日現在）

図表 5-6-9 救急患者搬送数

（単位：件／年）

	実　数	人口 10 万人あたり
全　国	5,621,218	4,389.3
三重県	85,491	4,621.1

資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年１月１日現在）

○ 本県において、平成 28（2016）年中に救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した時間の平均は 38.9 分で、全国平均 39.3 分と比べて短くなっています。

○ 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適用事案のうち、救急車が搬送する医療機関を決定するまでに要した時間について、30 分以上を要した事案の割合は、救急医療圏

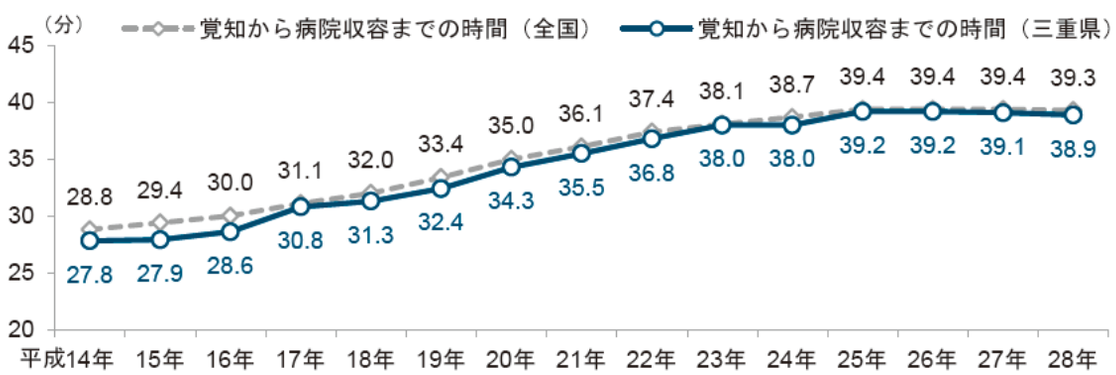
（210 ページで定義）別では、津（3.8%）および伊賀（1.3%）で県平均（0.8%）を上回っています。

○ 平成 28（2016）年中の重症以上（転院搬送を除く）の傷病者の搬送について、救急車の現場滞在時間が 30 分以上となった事案は 323 件で、全搬送件数に対する割合は 3.8%（全国 5.0%）となっています。また、４医療機関以上に要請を行った事案は 191 件で、その割合は 2.3%（全国 2.3%）であり、ともに減少傾向にあります。

○ 受入医療機関の選定が困難となる原因については、医師不足のほかに病床が満床状態にあることも一因と考えられます。急性期を脱した患者の回復期病床への移行や在宅での療養ができる体制を整備することが必要です。

○ 平成 28（2016）年中に、一般市民が心肺機能停止の時点を目撃した、心原性の心肺機能停止傷病者の１か月後の予後は、生存率 10.2%（全国 13.3%）、社会復帰率 5.7%（全国 8.7%）であり、ともに全国平均を下回っています。

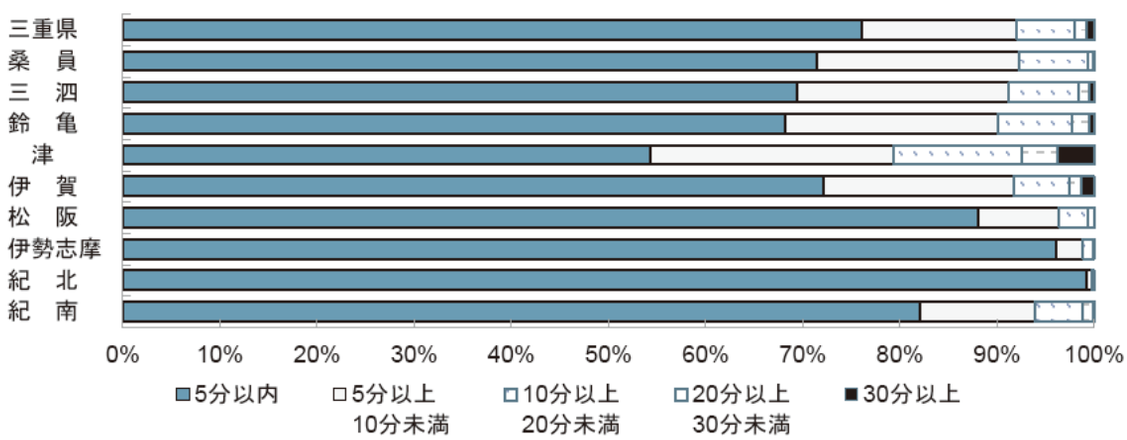
図表 5-6-10 救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間



資料：消防庁「救急・救助の現況」

図表 5-6-11 救急車が搬送する病院を決定するまでに要した時間（救急医療圏（P210 で定義）別）

（平成 28 年）

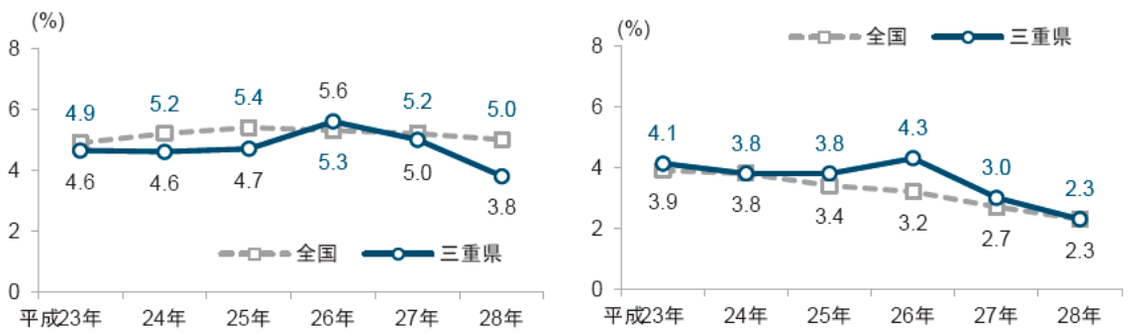


（単位：件）

	5分以内	5分以上 10分未満	10分以上 20分未満	20分以上 30分未満	30分以上
三重県	12,675	2,652	993	201	133
桑　員	1,087	316	108	8	2
三　泗	2,387	750	247	39	17
鈴　亀	1,379	443	155	35	11
津	1,138	523	278	76	80
伊　賀	1,070	290	84	20	19
松　阪	1,545	146	51	11	1
伊勢志摩	3,092	90	31	4	2
紀　北	342	2	1	0	0
紀　南	635	92	38	8	1

※「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適用案件が対象です。
※消防本部ごとの集計のため、松阪には、南伊勢町（旧南島町分）が含まれています。
資料：三重県調査（防災対策部）

図表 5-6-12 現場滞在時間30分以上の事案の割合（左グラフ）、4医療機関以上に要請を行った割合（右グラフ）



※重症以上の案件が対象です。

資料：消防庁「消防白書」（全国）
三重県調査（防災対策部）

図表 5-6-13 一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された心原性の心肺機能停止傷病者の1か月後の予後

	生存率	社会復帰率
全　国	13.3%	8.7%
三重県	10.2%	5.7%

資料：消防庁「平成29年版 救急・救助の現況」

② 初期救急医療

○ 初期救急医療は、比較的軽症の患者を対象に主に外来診療により行われるものであり、休日夜間は、休日夜間急患センターや在宅当番医制*により対応しています。県内では、平成30（2018）年2月末現在15か所に休日夜間急患センターが設置されています。また、地域の医師会等で当番を決めて、休日や夜間の患者を受け入れる体制を整備している地域もありま

す。

○ 一般診療所のうち、在宅当番医制に参画する一般診療所の割合は7.0%（全国16.5%）と全国平均を下回っています[4]。

○ 三重県救急医療情報センターにおいて、「医療ネットみえ」の運営やコールセンターの電話案内により初期救急医療に関する情報提供を行っています。

○ 耳鼻科、眼科等の医師の診察を必要とする疾患についても、同案内を活用し、時間外診が可能な医療機関を紹介しています。

③ 第二次救急医療

○ 第二次救急医療は、緊急の入院や手術が必要な重症の患者を対象としています。医療機関や市町等の協力により、中核的な病院が曜日等によって交代で患者を受け入れる病院群輪番制*や、一つの病院で24時間 365日救急患者の受入れを行う体制が構築されています。

○ 現在、県内には第二次救急医療体制の維持が困難な地域が見られます。その理由の一つとして、初期救急医療の対象となる患者が、第二次救急医療機関を直接受診するため、過度の患者の集中が起こり、病院勤務医等の負担が大きくなったことが挙げられます。

○ 第二次救急医療体制が脆弱な地域において、「三重県地域医療再生計画」等に基づき、医療機関の再編統合や機能連携等を進めることにより、地域の救急医療体制が維持されています。

○ 本県が指定した救急病院、救急診療所は、61施設（平成30（2018）年２月末現在）あります。

④ 第三次救急医療

○ 限られた医療資源の中で安全・安心な医療を提供するためには、初期、第二次救急医療体制の確保と、重篤な患者の受け入れ先となる第三次救急医療機関の充実が求められています。

○ 救命救急センターを有する病院では、脳卒中や急性心筋梗塞等の専門的な医療のみならず、重症外傷やその他の複数診療科にまたがる重篤な患者への救急医療が提供されています。なお、脳卒中や急性心筋梗塞の治療は、救命救急センターを有する医療機関以外でも行われています。

○ 本県では、平成30（2018）年２月末現在、県立総合医療センター、市立四日市病院、三重大学医学部附属病院、伊勢赤十字病院の計４か所に救命救急センターがあり、重篤な救急患者等への対応を行っています。

○ 離島や中山間地域、救急患者の搬送に長時間を要する地域等では、救急現場において早期の医師による治療や、救命救急センター等の高度な医療機関へ短時間で搬送する体制を構築することにより、救命率の向上や後遺障がいの軽減等が期待できます。

○ このことから、本県では、平成24（2012）年２月にドクターヘリの運用を開始しています。また、自県のドクターヘリの出動中に、他県のドクターヘリの応援を要請する仕組みとして、平成28（2016）年４月から和歌山県と「和歌山県・三重県ドクターヘリ相互応援に係る基本協定」を締結しています。

○ 奈良県が、平成29年３月からドクターヘリの運用を開始したことから、今後、両県における相互応援に関する協定の締結に向けた検討を行います。

---

[4] 出典：厚生労働省「平成26年 医療施設調査」

○ このほか、平成 28（2016）年度には、三重県防災ヘリコプターも救急活動として 32 回出動しています。

○ 人口 100 万人あたりの特定集中治療室のある医療機関数は、2.7 施設（全国 5.0 施設）であり、全国平均を下回っています。

図表 5-6-14 三重県ドクターヘリ運航実績

（単位：件／年）

	出動件数	出動内容	
		現場出動	病院間搬送
平成 23 年度	19	9	10
平成 24 年度	272	162	110
平成 25 年度	352	237	115
平成 26 年度	378	290	88
平成 27 年度	423	331	92
平成 28 年度	395	297	98
累 計	1,839	1,326	513

資料：三重県調査

図表5-6-15 和歌山県ドクターヘリの共同利用実績

（単位：件）

	17 年度	18 年度	19 年度	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
三重県	10	7	9	15	8	9	14	3	11	8	6	5
3 県計	341	347	379	386	387	384	392	332	361	367	421	452

資料：三重県調査

図表 5-6-16 特定集中治療室のある病院および病床数（平成 29 年 10 月現在）

医療機関名	病床数	救急医療圏名
市立四日市病院	8	三泗
県立総合医療センター	6	三泗
三重大学医学部附属病院	6	津
国立病院機構 三重中央医療センター	6	津
伊勢赤十字病院	8	伊勢志摩
三重県（施設数）	5	
（100 万人あたり）	2.7	
全国（施設数）	644	
（100 万人あたり）	5.0	

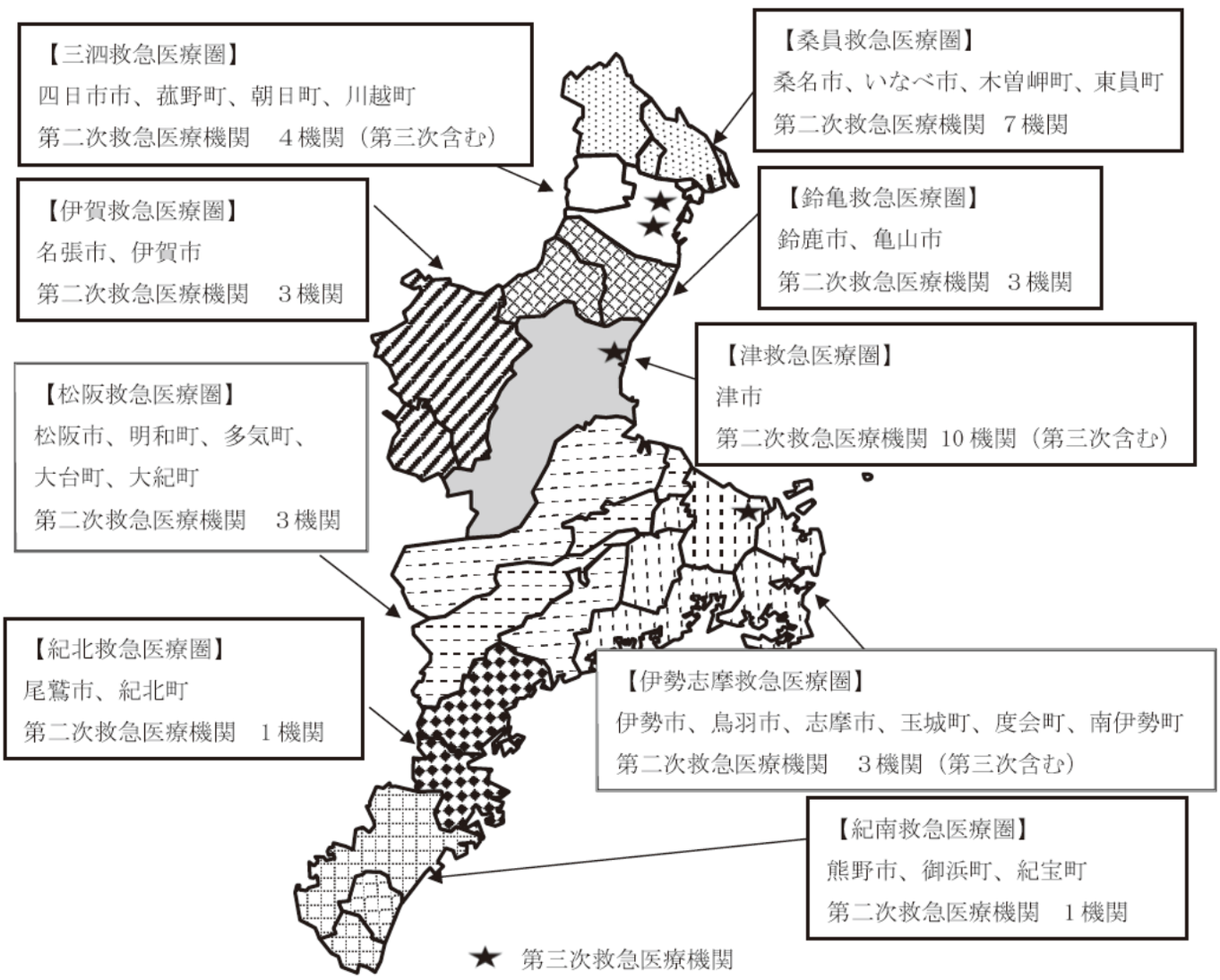
資料：三重県調査、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」（平成 29 年 1 月 1 日現在）

2. 圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

○ 第二次救急に係る圏域（以下「救急医療圏」という。）については、地域医療構想の構想区域をベースとし、病院前救護に係るメディカルコントロール体制等を考慮し、図５－６－17のとおり９圏域とします。

図表 5-6-17 救急医療圏域



(2) 各救急医療圏における医療提供体制

① 初期救急医療

○ 休日夜間急患センターは、平成 29（2017）年４月時点で津救急医療圏、伊勢志摩救急医療圏に各３か所、伊賀救急医療圏に２か所、桑員救急医療圏、三泗救急医療圏、鈴亀救急医療圏、松阪救急医療圏、紀南救急医療圏に各１か所あり、休日夜間の初期救急医療の対象となる患者に対応しています。

○ 在宅当番医制がある救急医療圏は、平成 29（2017）年末現在、桑員、鈴亀、紀北の各救急医療圏であり、休日夜間の初期救急医療の対象となる患者に対応しています。

○ 第二次救急医療機関以外の救急告示医療機関は、桑員、三泗、鈴亀、津、松阪、伊勢志摩、紀北の各救急医療圏にあり、休日夜間の初期救急医療の対象となる患者に対応しています。

図表 5-6-18 初期救急に参加する医療機関数（平成 28 年3月 31 日現在）

	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀
休日夜間急患センター	15	1	1	1	3	2
在宅当番医制参加医療機関	74	24	0	27	0	0
救急告示医療機関（第二次、第三次救急医療機関を除く。）	25	5	7	4	2	0

	松阪	伊勢志摩	紀北	紀南
休日夜間急患センター	3	3	0	1
在宅当番医制参加医療機関	0	0	23	0
救急告示医療機関（第二次、第三次救急医療機関を除く。）	2	4	1	0

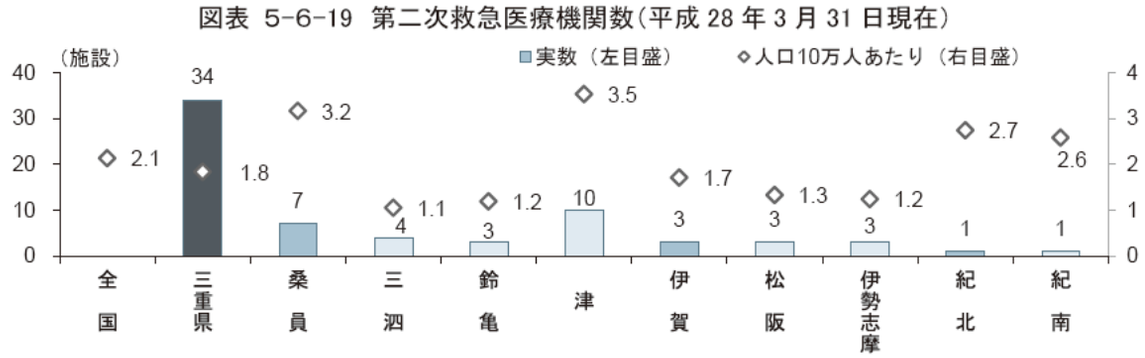
資料：三重県調査

② 第二次救急医療

○ 人口 10 万人あたりの医療機関の整備状況を見ると、平成 28（2016）年 3 月 31 日現在の第二次救急医療機関数は、桑員救急医療圏、津救急医療圏、紀北救急医療圏、紀南救急医療圏で、それぞれ 3.2、3.5、2.7、2.6 施設（全国 2.1 施設）と全国平均を上回っていますが、他の救急医療圏では全国平均を下回っています。

○ 医療機関の数だけではなく、医療従事者数等も救急医療圏ごとに差があります。

図表 5-6-19 第二次救急医療機関数（平成 28 年 3 月 31 日現在）



資料：（全国）厚生労働省「救急医療体制調査」、（三重県）三重県調査、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」（平成28年１月１日現在）

③ 第三次救急医療

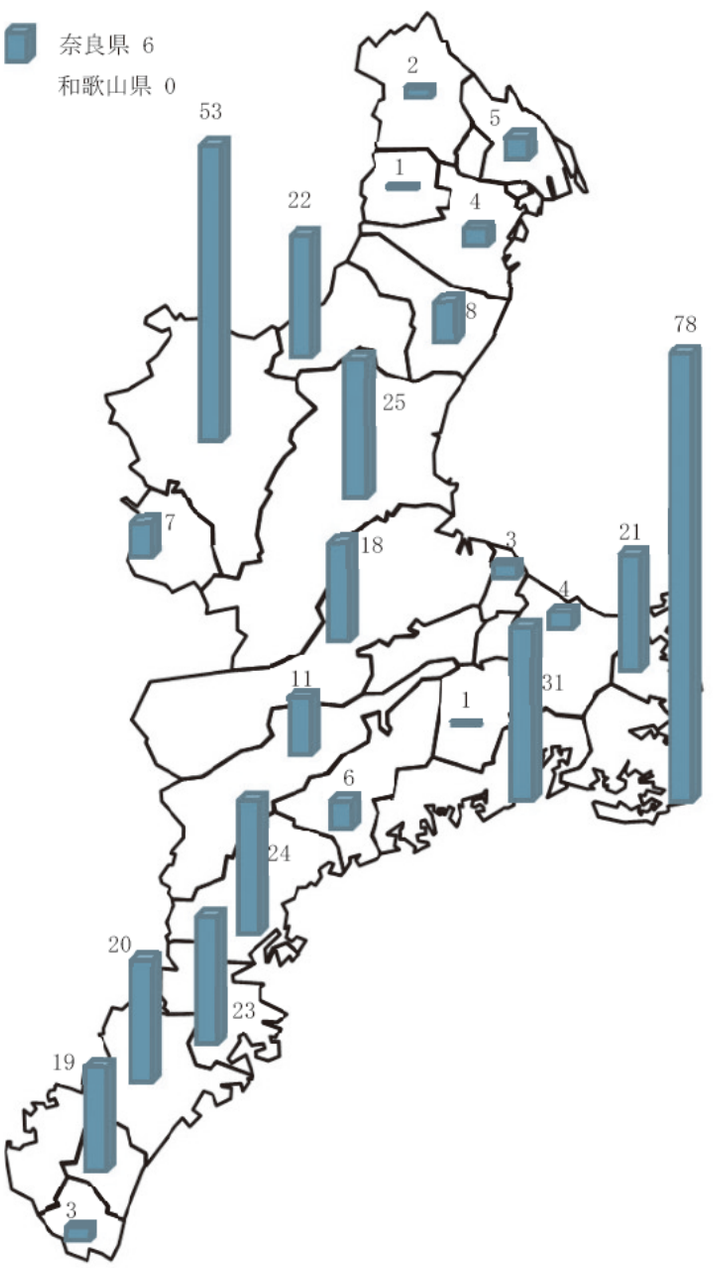
○ 救命救急センターは、平成 30（2018）年２月末現在、三泗救急医療圏に２か所、津救急医

療圏に１か所、伊勢志摩救急医療圏に１か所、計４か所に整備されています。厚生労働省が毎年実施する救命救急センターの充実段階評価では、すべての救命救急センターがＡ評価です。

○ 本県では、平成 24（2012）年２月にドクターヘリを導入したことにより、志摩、伊賀、東紀州をはじめとする県内全域の第三次救急医療体制の充実・強化につながっています。

○ 平成 29（2017）年 10 月現在、特定集中治療室のある病院数は、三重県内で５病院（34 床）です。また、人口 100 万人あたりの施設数は 2.7 施設であり、全国平均 5.0 施設を下回っています。

図表 5-6-20 三重県ドクターヘリの出動実績（平成 28 年度）



消防本部	市町名	出動件数
桑名市消防本部	桑名市	5
	いなべ市	2
	木曽岬町	0
	東員町	0
四日市市消防本部	四日市市	4
	朝日町	0
	川越町	0
菰野町消防本部	菰野町	1
鈴鹿市消防本部	鈴鹿市	8
亀山市消防本部	亀山市	22
津市消防本部	津市	25
松阪広域消防組合	松阪市	18
	多気町	0
	明和町	3
伊勢市消防本部	伊勢市	4
	玉城町	0
	度会町	1
鳥羽市消防本部	鳥羽市	21
志摩広域消防組合	志摩市	78
紀勢広域消防組合	大台町	11
	大紀町	6
	南伊勢町	31
三重紀北消防組合	尾鷲市	23
	紀北町	24
熊野市消防本部	熊野市	20
	御浜町	19
	紀宝町	3
伊賀市消防本部	伊賀市	53
名張市消防本部	名張市	7

※南伊勢町は、旧南勢町区域は、志摩広域消防組合の管轄、旧南島町区域は紀勢地区広域消防組合の管轄です。

資料：三重県調査

(3) 医療提供体制

救急医療圏	市町	初期救急医療機関				二次救急医療機関		三次救急医療機関
		休日夜間急患センター	休日 昼間	休日 準夜	平日 準夜	在宅当番医制	施設	
桑員	桑名市 いなべ市 木曽岬町 東員町	桑名市 応急診療所	○		○ ※1	桑名市医師会 (5施設)	(病院群輪番制参加病院) 桑名市総合医療センター(平成30年4月開院予定)、青木記念病院、ヨナハ総合病院、もりえい病院、厚生連三重北医療センターいなべ総合病院	県立総合医療センター (四日市市)
						いなべ医師会 (24施設)		
						(その他救急告示による施設) 山崎病院、桑名病院、日下病院、青木内科、大桑クリニック		
三泗	四日市市 菰野町 朝日町 川越町	四日市市 応急診療所	○				(病院群輪番制参加病院) 県立総合医療センター、市立四日市病院、四日市羽津医療センター、厚生連三重北医療センター菰野厚生病院	
						(その他救急告示による施設) 小山田記念温泉病院、富田浜病院、山中胃腸科病院、主体会病院、四日市消化器病センター、みたき総合病院、佐藤クリニック		
鈴亀	鈴鹿市 亀山市	鈴鹿市 応急診療所	○	○	○	亀山医師会 (29施設)	(病院群輪番制参加病院) 厚生連鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院、亀山市立医療センター	
						(その他救急告示による施設) 高木病院、塩川病院、川口整形外科、村瀬病院		
津	津市	津市 応急クリニック	○	○	○		(病院群輪番制参加病院) 武内病院、永井病院、遠山病院、吉田クリニック、岩崎病院、大門病院、津生協病院、国立病院機構三重中央医療センター、榊原温泉病院	市立四日市病院 (四日市市)
		津市こども応急クリニック・休日デンタルクリニック	○ ※2	○ ※3	○ ※3			
		津市久居休日応急診療所	○			(その他救急告示による施設) 若葉病院、県立一志病院		
伊賀	名張市 伊賀市	名張市 応急診療所	○	○	○		(病院群輪番制参加病院) 上野総合市民病院、岡波総合病院、名張市立病院	三重大学医学部附属病院 (津市)
		伊賀市 応急診療所	○	○	○			
松阪	松阪市 多気町 明和町 大台町 大紀町	松阪市休日夜間応急診療所	○ ※4	○ ※4	○ ※4		(病院群輪番制参加病院) 松阪市民病院、厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院	
		いおうじ 応急クリニック	○ ※5	○ ※5	○ ※5			
		松阪市歯科 休日応急診療所	○ ※6			(その他救急告示による施設) 厚生連大台厚生病院、三重ハートセンター		伊勢赤十字病院 (伊勢市)
伊勢志摩	伊勢市 鳥羽市 志摩市 玉城町 度会町 南伊勢町	伊勢市休日・夜間応急診療所	○	○	○		(病院群輪番制参加病院) 伊勢赤十字病院、市立伊勢総合病院、県立志摩病院	
		鳥羽市休日・夜間応急診療所	○		○ ※7			
		志摩市休日・夜間応急診療所	○		○ ※8	(その他救急告示による施設) 伊勢慶友病院、町立南伊勢病院、国保志摩市民病院、南島メディカルセンター、田中病院		
紀北	尾鷲市 紀北町					紀北医師会 (28施設)	(病院群輪番制参加病院) 尾鷲総合病院	
						(その他救急告示による施設) 長島回生病院		
紀南	熊野市 御浜町 紀宝町	紀南医師会 応急診療所	○				(病院群輪番制参加病院) 紀南病院	

※1 土曜日のみ ※2 小児科(日、祝・休日の午前および午後) ※3 小児科のみ ※4 日・祝(9時～12時、14時～17時、20時～22時30分)、土曜日(20時～22時30分、24時～6時)、その他の日(20時～22時30分) ※5 日・祝・火・木・金曜日のみ、木曜日は12時30分から ※6 日・祝(9時～12時)のみ ※7 木・金・土曜日のみ ※8 月・火・水・土曜日のみ

(4) 各救急医療圏における現状

○ 初期、第二次救急医療体制の維持が困難となっている地域があり、地域救急医療対策協議会等の場で対応策についての協議が行われています。

○ 救命救急センターについては、人口 100 万人に１か所を目途に整備が行われてきましたが、本県の南北に長い地理的要件や人口の集中度合いを考慮し、現在４か所の救命救急センターを設置しています。

図表 5-6-21 各救急医療圏における現状

救急医療圏	現状
桑員	・ 休日および夜間の初期救急医療については、桑名市応急診療所と厚生連三重北医療センターいなべ総合病院が中心となって対応しています。 ・ 第二次救急医療については、病院群輪番制により体制が維持されているものの、勤務医が不足しています。 ・ 平成30（2018）年４月開院予定の桑名市総合医療センターでは、救急医療等に係る基幹病院としての役割を果たすことが期待されています。 ・ 第二次・第三次救急医療については、三泗救急医療圏および愛知県等、圏域を越えた搬送があります。 ・ 桑名市消防本部では、メディカルコントロール体制の充実強化を進めるとともに、口頭指導実施要領を作成し、運用することにより病院前救護体制の改善に努めています。 ・ 桑名市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（くわな健康・医療相談ダイヤル24）を実施しています。
三泗	・ 休日および夜間の初期救急医療については、四日市市応急診療所と病院群輪番制参加病院が協力し対応しています。 ・ 第二次救急医療については、市立四日市病院、県立総合医療センター、四日市羽津医療センター、厚生連三重北医療センター菰野厚生病院が病院群輪番制病院として、対応しています。 ・ 市立四日市病院、県立総合医療センターは、第三次救急医療機関として、北勢地域の重篤な救急患者への対応を実施しています。
鈴亀	・ 休日および夜間の初期救急医療については、鈴鹿市応急診療所や亀山医師会の在宅当番医制度等により対応しています。 ・ 第二次救急医療については、厚生連鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院および亀山市立医療センターが病院群輪番制病院として、対応しています。 ・ 亀山地域では、第二次救急医療を担う亀山市立医療センターが中心となって、三重大学と連携し、最適な地域医療体制の確立に向けた研究や地域医療を担う医師養成等の取組が進められています。

津	・休日および夜間の初期救急医療については、津市こども応急クリニック・休日デンタルクリニック、津市応急クリニック、津市久居休日応急診療所において対応しています。 ・初期救急医療の対象となる患者の第二次救急医療機関への集中の緩和と第二次救急医療機関の受入体制の充実を図るため、郡市医師会や三重大学と連携して、第二次救急医療機関への医師の派遣等診療支援の取組を進めています。 ・第二次救急医療については、10 病院の病院群輪番制により、第二次救急医療体制が構築されています。 ・さらに、病院群輪番制参加病院の協力を得て、循環器系疾患や急性腹症疾患に対するバックアップ体制の構築や土曜日の輪番体制の強化等、第二次救急医療体制の強化が図られています。 ・三重大学医学部附属病院は、第三次救急医療機関として、津救急医療圏・伊賀救急医療圏の重篤な救急患者への対応を実施しています。 ・平成24（2012）年２月から県ドクターヘリを導入し、三重大学医学部附属病院と伊勢赤十字病院が２か月交替で基地病院を担っています。 ・津市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（津市救急・健康相談ダイヤル24）を実施しています。
伊賀	・休日および夜間の初期救急医療については、名張市応急診療所と伊賀市応急診療所において対応しています。 ・第二次救急医療については、上野総合市民病院、岡波総合病院、名張市立病院が協力して、病院群輪番制の維持に努めています。また、それぞれの病院が現状の医療資源を生かした特色ある医療をめざして、医師確保や医療体制の充実に努めています。 ・第二次・第三次救急医療については、津救急医療圏および奈良県、滋賀県等、圏域を越えた搬送があります。 ・伊賀市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に24時間体制で対応する電話相談（伊賀市救急・健康相談ダイヤル24）を実施しています。
松阪	・休日および夜間の初期救急医療については、松阪市休日夜間応急診療所、いおうじ応急クリニック、松阪市歯科休日応急診療所において対応しています。 ・市、郡市医師会、消防本部等の協議により、初期救急患者は市の応急診療所等で対応し、第二次救急患者のみ病院群輪番制参加病院で対応するなど、機能分担を図ることで救急医療に対応しています。 ・第二次救急医療については、松阪市民病院、厚生連松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院が協力して病院群輪番制の維持に努めています。 ・松阪地区広域消防組合（松阪市、多気町、明和町）では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に 24 時間体制で対応する電話相談（松阪地区救急相談ダイヤル 24）を実施しています。

伊勢 志摩	・ 休日および夜間の初期救急医療については、伊勢市休日・夜間応急診療所と鳥羽市休日・夜間応急診療所、志摩市休日夜間応急診療所において対応しています。 ・ 第二次救急医療については、伊勢赤十字病院、市立伊勢総合病院、県立志摩病院が協力して、病院群輪番制の維持に努めています。 ・ 伊勢赤十字病院は、救命救急センターを中心として高度な救命救急医療を担う第三次救急医療機関、小児医療の第二次救急医療機関、地域医療支援病院に指定されており、伊勢志摩地域だけでなく県南部の中核病院として、広範囲に救急患者を受け入れる体制が整備されています。 ・ 市立伊勢総合病院は平成 29（2017）年３月に、県立志摩病院は平成 29（2017）年 10 月に地域医療支援病院に指定されており、それぞれ伊勢志摩地域の医療の中核をなしています。 ・ 平成 24（2012）年２月から県ドクターヘリを導入し、伊勢赤十字病院と三重大学医学部附属病院が２か月交替で基地病院の役割を担っています。 ・ 伊勢市では、市民からの救急医療や応急処置等の相談に 24 時間体制で対応する電話相談（伊勢市健康医療ダイヤル 24）を実施しています。
紀北	・ 休日および夜間の初期救急医療については、尾鷲市では、毎週日曜日と祝日は、紀北医師会医師が尾鷲総合病院で、救急外来の対応を行っています。 ・ 紀北町でも同様に、尾鷲総合病院での救急外来の対応を行うとともに、月に２回、日曜日に紀北医師会の医師が、休日在宅当番制による対応を行っています。 ・ 第二次救急医療については、尾鷲総合病院が病院群輪番制病院として、対応しています。 ・ 第三次救急患者への対応は、県ドクターヘリとともに、和歌山県のドクターヘリを活用し行っています。 ・ 尾鷲総合病院では、医師不足の中で救急対応が困難な状況が続いていますが、医師確保のためのバディ・ホスピタルシステムを導入し、地域医療への貢献に努めています。
紀南	・ 休日および夜間の初期救急医療については、紀南医師会応急診療所において対応しています。 ・ 第二次救急医療については、紀南病院が病院群輪番制病院として、対応しています。 ・ 第三次救急患者への対応は、県ドクターヘリとともに、和歌山県のドクターヘリを活用し行っています。 ・ 紀南病院は、和歌山県の新宮市立医療センターとの県境を越えた広域的な連携を行っています。

(5) 各救急医療圏における受療動向

○ 本県における平成 26（2014）年の１日あたりの救急車で搬送された患者のうち、入院患者は 1.9 千人と推定され、そのうち５％は、県外で治療を受けています。また、県内の医療機関に搬送された入院患者のうち２％は、県外から搬送された患者です。

○ 救急医療圏ごとにみると、救急医療圏外の医療機関で治療を受けた割合（流出率）は、鈴亀救急医療圏（33%）、伊賀救急医療圏（23%）の順に高くなっており、救急医療圏外の患者が治療を受けている割合（流入率）は、津救急医療圏（17%）、桑員救急医療圏（15%）の順に高くなっています。

図表 5-6-22 救急医療圏別 救急車により搬送された入院患者の流出・流入状況

（流出状況）

流出先 / 患者住所地	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	域外への流出率	うち県内	うち県外
桑員	82%	1%		1%		1%			18%	3%	15%
三泗	5%	91%	1%	1%					9%	6%	3%
鈴亀	7%	11%	67%	13%					33%	31%	2%
津		1%		93%	1%	1%	1%	1%	7%	5%	2%
伊賀		2%		7%	77%	1%			23%	10%	13%
松阪		1%		3%		90%	5%		10%	9%	1%
伊勢志摩				3%		4%	92%		8%	7%	2%
東紀州						1%	4%	85%	15%	5%	10%
三重県から県外への流出率 5%											

（流入状況）

流入元 / 医療機関所在地	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州	域内への流入率	うち県内	うち県外
桑員	85%	10%	4%						15%	14%	1%
三泗	1%	92%	3%	1%	1%	1%			8%	6%	2%
鈴亀		6%	94%						6%	6%	0%
津	1%	1%	4%	83%	4%	2%	2%		17%	14%	3%
伊賀				1%	93%				7%	1%	5%
松阪	1%			2%	1%	91%	4%	1%	9%	8%	1%
伊勢志摩				1%	0%	4%	89%	2%	11%	8%	2%
東紀州				1%				99%	1%	1%	0%
三重県への県外からの流入率 2%											

※平成 26 年 10 月のある 1 日の入院患者に係る搬送状況です。
※空欄はデータなし、紀北および紀南の各救急医療圏については個別に算出できないため、東紀州としています。
資料：厚生労働省「平成 26 年 患者調査 病院入院奇数票（個票解析）」

3. 課題

(1) 救急医療提供体制

○ 本県の医師数は、全国平均と比べて少なく、特に、救急医療において重要な役割を担う循環器内科、外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、小児科、麻酔科および救急科等を担う医師の不足の解消、高齢化対策、若手医師の確保が喫緊の課題です。
○ 症状の程度が軽度な患者は、かかりつけ医や休日夜間急患センター、あるいは「医療ネットみえ」等により紹介された初期救急医療機関へ、また、明らかに重症な患者は第二次救急医療機関へ、さらに、生命の危機が差し迫っている患者は第三次救急医療機関へという、本来あるべき救急患者の流れを構築することが課題です。
○ 高齢化の一層の進行により、今後、ますます増加すると予想される高齢者の救急搬送への対策が必要です。
○ 介護施設等からの救急搬送が増加していることから、介護施設等と医療関係者の連携を強化することが必要です。

① 病院前救護体制

○ 平成 22（2010）年９月に策定した「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の円滑な運用を進めるとともに、事後検証を行うことにより継続的な見直しが必要です。
○ 救急救命士の増員や資質向上のための実習病院の充実と確保が必要です。
○ 地域住民へのＡＥＤを用いた応急手当の普及啓発や、救急蘇生法の実習への参加を促進することが必要です。
○ 適切な救急医療機関の受診に関する普及啓発を行い、軽症患者の安易な第二次救急医療機関への受診による医療機関の負担を軽減する必要があります。
○ 事後検証や教育訓練等を行う地域メディカルコントロール体制の充実・強化が必要です。

② 初期救急医療

○ 休日夜間急患センター等の初期救急医療を担う医療機関が確保されていない地域をなくすことが必要です。
○ 夜間・休日等に受診できる初期救急医療機関の情報提供について、市町等との連携の上、強化する取組が必要です。
○ 「医療ネットみえ」に参加登録をしている医療機関数を増やすことが必要です。

③ 第二次救急医療

○ 医師不足等の理由により第二次救急医療の提供が困難となり、病院群輪番制の維持が課題となっている地域があります。
○ 症状の程度が軽度な患者であっても第二次救急医療機関を受診する傾向があり、特に、病院群輪番制参加病院等において対応すべき、重症な救急患者の診療に支障を来していることから、県民の適切な受診行動を促進することが必要です。

④ 第三次救急医療

○ 紀北・紀南救急医療圏には第三次救急医療機関がないため、隣接地域の医療機関への負担が大きく、県内全域での支援体制の強化が必要です。

○ ドクターヘリの出動要請においては、消防機関による出動要請の判断の遅れや病院間搬送に対する医療機関の理解の促進が必要です。

○ 災害時や重複要請時のドクターヘリの運航について、近隣府県との連携を強化することが必要です。

○ ドクターヘリの円滑な運航体制を維持するため、訓練の実施や搬送事例の検証等を引き続き行うことが必要です。

(2) 急性期を脱した患者への後方支援等について

○ 急性期を脱した患者のための回復期リハビリテーション病棟の整備等、後方支援体制の強化が必要です。

○ 救急医療機関や心臓リハビリテーション病院等の基幹病院と、かかりつけ医との地域連携クリティカルパス等による連携の強化が必要です。

(3) 各救急医療圏における課題

○ 救急搬送件数の増加に対応するとともに、受入医療機関照会回数の減少等を図るため、二次および第三次救急医療体制のさらなる充実が求められています。

○ 救急医療機関における受入患者の入院長期化、介護施設からの肺炎患者等の多数受入れにより一時的に救急患者の受入れが制限されるなど、いわゆる出口問題が生じています。

図表 5-6-23 各救急医療圏における課題

救急医療圏	課題
桑員	・ 第二次救急医療については、病院群輪番制参加病院により体制が維持されているものの、病院勤務医が少なく、第二次救急医療体制の維持が困難な状況となっています。 ・ 平成30(2018)年４月開院予定の桑名市総合医療センターの機能が充実するまでの間は、第二次・第三次救急医療について、隣接する医療圏に所在する医療機関との連携が必須となっています。 ・ 隣接する愛知県等、県外への搬送が少なくないことから、救急医療体制の抜本的な見直しが必要です。
三泗	・ 今後、地域住民の高齢化の進展による救急搬送患者の増加を見込んで、第二次・第三次救急医療機関と急性期を脱した患者の受入医療機関との機能分化および連携により、いわゆる出口問題の解消を図ることが必要です。このことにより、重症者等への対応に支障をきたさないよう第二次・第三次救急医療機関の負担を軽減することが必要です。 ・ 隣接地域からの救急搬送患者に対応するため、関係する医療機関との連携を図り、機能分化を図ることが必要です。

鈴亀	・ 第二次救急医療については、厚生連鈴鹿中央総合病院、鈴鹿回生病院および亀山市立医療センターの連携により対応していますが、他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。 ・ 亀山市において第二次救急医療を担う亀山市立医療センターにおける医師の充足が必要です。
津	・ 第二次救急医療体制の強化が図られてきたことにより、受入医療機関の照会回数が４回以上、病院選定時間が30分以上を要する事案の割合は減少傾向にあります。しかしながら、県内他地域と比較すると、高い状況にあります。 ・ 病院群輪番制参加病院の多くが中小規模病院であり、今後、高齢化の進展に伴い、引き続き救急医療に係る高い需要が見込まれることから、医療機関の連携や機能分化を図ることにより、さらに第二次救急医療体制を強化する必要があります。
伊賀	・ 現在３病院による病院群輪番制が維持されていますが、常勤医師数は、少ない状況です。 ・ 他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。
松阪	・ 紀勢地域の救急医療体制の確立が必要です。 ・ 休日応急診療所を含め地域の初期救急医療を担当する医師が不足しており、医師の確保が必要です。
伊勢志摩	・ 病院群輪番制病院が中心となって第二次救急医療が実施されているものの、伊勢志摩地域全体において、医師・看護師等の医療従事者の不足から、救急医療体制の維持が困難な状況となっています。 ・ 県立志摩病院において、さらなる救急医療提供体制の充実が必要です。
紀北	・ 尾鷲総合病院では医師不足の中で救急医療対応が困難な状況が続いており、特に専門的領域の医師確保が課題です。 ・ 他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。
紀南	・ 紀南病院では医師不足の中で救急医療対応が困難な状況が続いており、特に専門的領域の医師確保が課題となっています。 ・ 他地域への救急患者の搬送が比較的多いことから、受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で検討する必要があります。

4. めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

○ 県民一人ひとりの受診行動の見直しや、医療機関の役割分担・機能分担が進むとともに、救急医療提供体制の整備が進んでいます。
○ 行政、医療機関、関係団体等の協力のもと、県内全域においてメディカルコントロール体制が充実しています。
○ 初期・第二次救急医療体制の充実や、重篤患者のドクターヘリによる迅速な搬送等による、第三次救急医療体制の充実が図られています。
○ 救急医療を受けた患者が、回復期、維持期へと円滑に移行し、地域に戻ることができるよう、在宅医療および多職種が連携した地域医療提供体制が構築されています。

(2) 取組方向

取組方向１：県民の適切な受診行動の促進
取組方向２：病院前救護体制の充実
取組方向３：初期、第二次、第三次救急医療体制の充実

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
救急医療情報システム参加医療機関数 【三重県調査】	県の救急医療情報システムに参加登録している医療機関数を増加することを目標とします。	目　標 747 機関 現　状（H28） 654 機関
受入困難事例の割合 【三重県調査】	重症以上の事案において、救急車の現場滞在時間が 30 分以上および４回以上医療機関に要請を行った割合の低減を目標とします。	目　標 30 分以上 3.3%　4 回以上 2.0% 現　状（H28） 3.8%　2.3%
救急搬送患者のうち、傷病程度が軽症であった人の割合 【救急・救助の現況】	救急搬送患者のうち、診療の結果として帰宅可能な軽症者の割合の低減を目標とします。	目　標 50.0%以下 現　状（H28） 54.1%
救急救命士が同乗している救急車の割合 【三重県調査】	救急救命士が常時同乗している救急車の割合を増やすことを目標とします。	目　標 100% 現　状（H28） 96.6%

（4） 取組内容

取組方向１：県民の適切な受診行動の促進

○ 県民に対し、かかりつけ医の必要性や救急医療に関する情報の提供を行うとともに、救急車の適正な利用等、適切な受診行動に関する啓発を行います。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

○ 「医療ネットみえ」や救急医療情報センターコールセンターによる初期救急医療機関の情報提供および案内業務の充実を図り、県民の適切な受診行動を促進します。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

○ 小さな子どもを持つ保護者等を対象に、「子どもの救急対応マニュアル」や「みえ子ども医療ダイヤル（＃8000）*」による情報提供や相談事業を行います。（医療機関、市町、関係機関、県）

取組方向２：病院前救護体制の充実

○ 県民の救急蘇生法講習等への受講を促進します。（消防機関、市町、関係機関、県）

○ ＡＥＤが必要なときに活用されるよう、設置場所についての情報提供を充実します。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

○ 三重県メディカルコントロール協議会や各地域メディカルコントロール協議会の組織を見直し、救急救命士の再教育や事後検証等が円滑に推進されるようメディカルコントロール体制の強化を図ります。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

○ 事後検証等をより効果的に実施し、メディカルコントロール体制の充実を図るため、各地域メディカルコントロール協議会の広域での連携を進めます。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

○ 各地域メディカルコントロール協議会で検討された課題等を県メディカルコントロール協議会で検討する仕組みを確立します。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

○ 救急救命士を対象とした講習・実習の充実を図ります。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

○ 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の適応事案に関する事後検証の結果に基づき、搬送・受入体制に関する検討を定期的に行い、円滑な搬送と受入体制の充実強化を図ります。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

取組方向３：初期、第二次、第三次救急医療体制の充実

○ 医師修学資金貸与制度の運用を通じて将来県内医療機関で勤務する医師の確保に努めるとともに、三重県地域医療支援センター等と連携し、救急医療を担う若手病院勤務医の確保を進めます。（医療機関、三重大学、県）

○ 地域包括ケアシステムの構築に向け、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を、県および地域のメディカルコントロール協議会や救急医療対策協議会等を活用して構築し、より地域で連携したきめ細やかな取組を進めます。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

○ 平成 28 年３月 31 日に総務省消防庁および厚生労働省から通知された「転院搬送における救

急車の適正利用の推進について」に基づき、転院搬送に係る地域の現状や課題を把握し、ルールづくりを進めます。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

○ 医療機関や市町、医師会等関係機関・団体と協力し、初期救急医療を担う医療機関の増加に努めます。（医療機関、市町、関係機関、県）

○ 地域のメディカルコントロール協議会や救急医療対策協議会等において、広域的対応や疾患別役割分担等の検討による効果的なネットワークづくりに向けた話し合いを進め、第二次救急患者や第三次救急患者の迅速な搬送および受入れができる体制づくりを進めます。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

○ 急性期病院で救急医療を受けた患者が、回復期、維持期へと円滑に移行し、地域へ戻ることができるよう在宅医療の充実と多職種の医療関係者との連携を図るとともに、地域連携クリティカルパスの構築等、医療機関同士の連携強化を図ります。（医療機関、市町、県）

○ 医療機関と救急隊、または医療機関同士で患者の画像情報や診療情報等を相互に共有できる仕組みづくりについて、関係者で検討を行い、円滑な診療支援体制や救急搬送体制の構築を図ります。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

○ 伊賀救急医療圏における第二次救急医療体制については、３病院の機能強化や機能分担を進めることにより、さらなる体制強化を図ります。（医療機関、消防機関、市、関係機関、県）

○ 紀北救急医療圏、紀南救急医療圏については、第二次救急医療機関の機能強化を図る必要があります。また、県ドクターヘリや、相互応援協定を締結している他県ドクターヘリの活用など、重症患者への救急医療体制の充実強化を図ります。（医療機関、消防機関、市町、県）

○ 県ドクターヘリの運用にあたり、近隣県との連携や訓練等の実施により、円滑な運航体制の強化を図ります。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

○ 受入困難な傷病者が発生した場合の受入体制について、広域で議論する体制の構築を図ります。（医療機関、消防機関、市町、関係機関、県）

第７節｜災害医療対策

１．災害医療の現状

(1) 想定される災害

○ 災害には、地震、津波、風水害等の自然災害から、海上災害、航空災害、鉄道災害、道路災害、大規模な事故による災害に至るまでさまざまな種類があります。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や発生時期等によって被災・被害の程度は大きく異なります。

○ 南海トラフ地震等の巨大地震が 100～150 年周期で発生しており、近い将来、これらの地震が発生し、本県においても大きな被害がもたらされることが予想されています。

○ 昭和 34（1959）年の台風 15 号（伊勢湾台風）では約 32 万人が被災し、そのうち死者・行方不明者が 1,281 人にのぼりました。また、直近では、平成 23（2011）年の紀伊半島大水害など台風や豪雨による災害も多く発生しています。

図表 5-7-1 南海トラフの巨大地震による被害想定の理論上最大数

○死者	約 53,000 人
○負傷者	約 62,000 人（うち重症者約 18,000 人）
○建物全壊・消失	約 248,000 棟

資料：三重県地震被害想定結果（平成 26 年 3 月）

(2) 災害医療体制[1]

① 行政の取組

○ 災害時における具体的な対応については、別途、三重県地域防災計画や三重県広域受援計画、災害医療対応マニュアル等により定めることとします。

○ 県は、災害時に医療救護活動の中心となる災害拠点病院に 15 施設を指定し、また、災害拠点病院の機能の補完や支援を目的とする災害医療支援病院に 7 施設を指定しています。

○ 県は、災害拠点病院のうち、県立総合医療センターを基幹災害拠点病院として位置づけています。

○ 基幹災害拠点病院は、地域災害拠点病院の機能を有するほか、県内全域の災害拠点病院の機能を強化するための訓練・研修機能を有する病院です。

○ 地域災害拠点病院は、二次救急医療圏の中核医療機関として、医療機関のとりまとめのほか、当該地域の災害医療体制を強化する機能を有する病院です。

○ 地震・風水害等、大規模な災害が発生した場合（以下、「大規模災害時」という。）、各市町では救護所の設置や郡市医師会の協力のもと、医療救護班の派遣等の救護活動を行います。

○ 県は、患者を被災地外へ搬送するため、災害派遣医療チーム（Disaster Medical

[1] 原子力災害、危険物等災害およびテロ等への対策については、関係する法律に基づき体制整備がなされるものであり、本計画では対象としていません。また、本計画では、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（平成 29 年 3 月 31 日）に基づき、発災直後から中長期までを見据えた災害医療対策について記載します。

Assistance Team。以下、「ＤＭＡＴ」という。）と連携して、広域搬送拠点臨時医療施設（Staging Care Unit。以下、本節において「ＳＣＵ*」という。）の設置・運営訓練の実施に取り組んでいます。

○ 県は、大規模災害時における、被災地内のＳＣＵ候補地として「三重大学グラウンド、三重県立看護大学、三重県伊勢志摩広域防災拠点ヘリポート」の３か所を候補地として指定しています。

○ 県は、県医師会、県病院協会、県歯科医師会、県看護協会、助産師会との応援協定の締結や日本赤十字社三重県支部との委託契約、災害拠点病院等の指定により、災害発生時の医療救護体制の整備を進めています。

○ 県は、県薬剤師会、県医薬品卸業協会、県医療機器販売業協会等の計８団体と「医薬品等の調達に関する協定」を締結するなど、関係団体との連携体制を構築するとともに、「災害時における医薬品等の確保・供給に関するマニュアル」に基づき、災害発生時の医薬品等の供給体制の整備を進めています。

○ 県は、災害時における医療機関の診療状況を把握するため、医療機関の稼働状況等を入力することで関係機関（都道府県、医療機関、消防等）と都道府県を越えた情報が共有できる広域災害救急医療情報システム（Emergency Medical Information System。以下、「ＥＭＩＳ」という。）を運用し、平成 30（2018）年２月現在、97 病院が参加しています。

○ 県では、災害医療コーディネート体制強化のため、災害医療コーディネーター*を委嘱し、研修や訓練を通じて人材の育成を行っています。

○ 市町と県が連携し、医療救護班、ＤＭＡＴ、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム等の保健医療従事者数名からなる災害派遣チーム（以下、「保健医療活動チーム」という。）の派遣調整等を行う体制整備を進めています。

○ 県は、「ＤＭＡＴ・ＳＣＵ連絡協議会」を設置し、災害時における対応や連携のあり方について検討を行っています。

② 医療機関等の取組

○ 各医療機関は耐震化に取り組んでおり、県内 97 病院のうち、全棟が耐震化済みの病院は 69 病院です。

○ 全ての病院がＥＭＩＳに参加しており、ＥＭＩＳ入力訓練を実施しています。

○ 平成 30（2018）年現在、全ての災害拠点病院がＤＭＡＴを保有し、災害時を想定した実動訓練に取り組んでいます。

○ 県医師会では、日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team。以下、「ＪＭＡＴ*」という。）の身分も兼ねた三重県医療救護班であるＪＭＡＴの事前登録の体制整備を進めています。

○ 平成 23（2011）年の東日本大震災では、急性期におけるＤＭＡＴ派遣を行った後、県医師会、県病院協会、県看護協会、三重大学医学部附属病院と県の５者で協議を行い、ＪＭＡＴを編成し、約４か月にわたり岩手県陸前高田市の医療救護活動を支援しました。

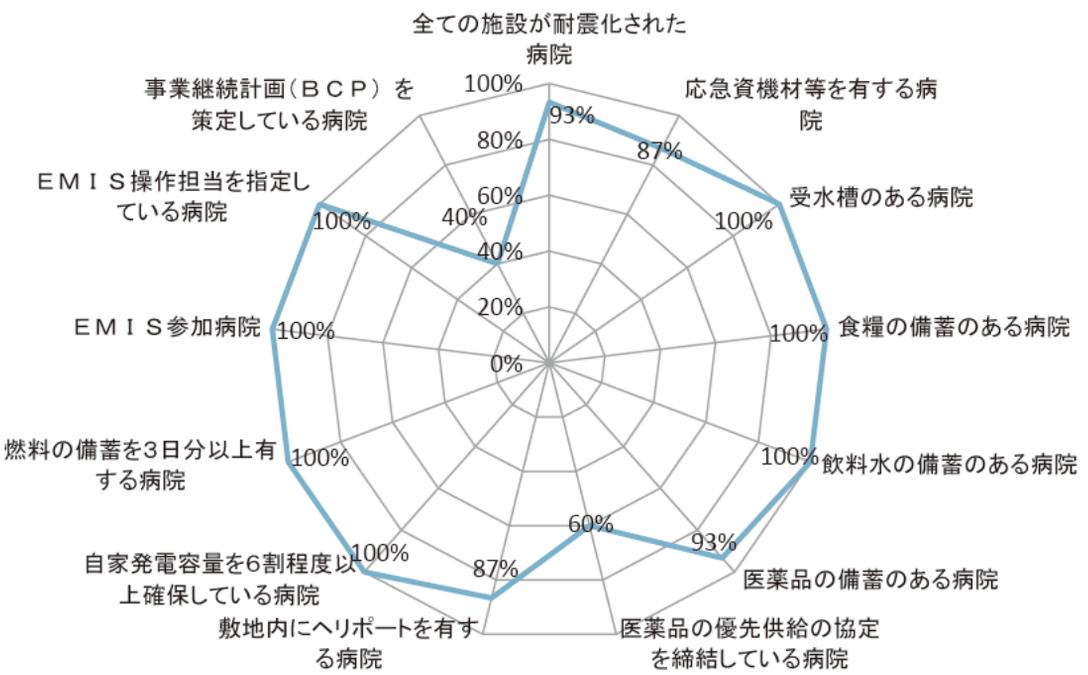
○ 平成 28（2016）年の熊本地震では、全国知事会の要請を受け、医療救護班７チームを熊本県に派遣しました。また、ＤＭＡＴロジスティックチームに１名が参加しました。

○ 災害時の精神医療の補完および被災者、支援者のこころのケアを行うことを目的とした災

害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team 。以下、「ＤＰＡＴ」という。）を編成し、訓練に取り組んでいます。

○ 平成 28（2016）年の熊本地震では、県内の精神科６病院から８チームのＤＰＡＴを被災地へ派遣し、精神科病院入院患者の他院への搬送、被災者のこころのケアなどを行いました。

図表 5-7-2 災害拠点病院の災害への対応体制（単位：%）



資料：三重県調査（平成 29 年 11 月 1 日現在）

図表 5-7-3 各災害拠点病院、災害医療支援病院における災害医療提供体制等の状況

地図番号	構想区域	区分	医療機関	医療法許可病床数	災害医療提供体制		
					災害派遣医療チーム（DMAT）	救命救急センターもしくは二次救急医療機関	救命救急センターの病床数
1	桑員	地域	厚生連三重北医療センターいなべ総合病院	220	1	二次救急	
2	三泗	基幹	県立総合医療センター	443	4	救命救急	27
3		地域	市立四日市病院	568	2	救命救急	30
4	鈴亀	地域	厚生連鈴鹿中央総合病院	460	2	二次救急	
5	津	地域	三重大学医学部附属病院	685	3	救命救急	20
6			国立病院機構三重中央医療センター	486	1	二次救急	
7	伊賀	地域	上野総合市民病院	281	1	二次救急	
8			名張市立病院	200	1	二次救急	
9	松阪	地域	松阪市民病院	328	2	二次救急	
10		地域	済生会松阪総合病院	430	2	二次救急	
11		地域	厚生連松阪中央総合病院	440	1	二次救急	
12	伊勢志摩	地域	伊勢赤十字病院	655	4	救命救急	30
13		地域	県立志摩病院	336	1	二次救急	
14	東紀州	地域	尾鷲総合病院	255	1	二次救急	
15		地域	紀南病院	244	1	二次救急	
16	桑員	支援	桑名東医療センター	349	—	二次救急	
17		支援	青木記念病院	87	—	二次救急	
18	三泗	支援	厚生連三重北医療センター菰野厚生病院	230	—	二次救急	
19		支援	四日市羽津医療センター	235	—	二次救急	
20	鈴亀	支援	鈴鹿回生病院	379	—	二次救急	
21		支援	亀山市立医療センター	94	—	二次救急	
22	伊勢志摩	支援	市立伊勢総合病院	322	—	二次救急	

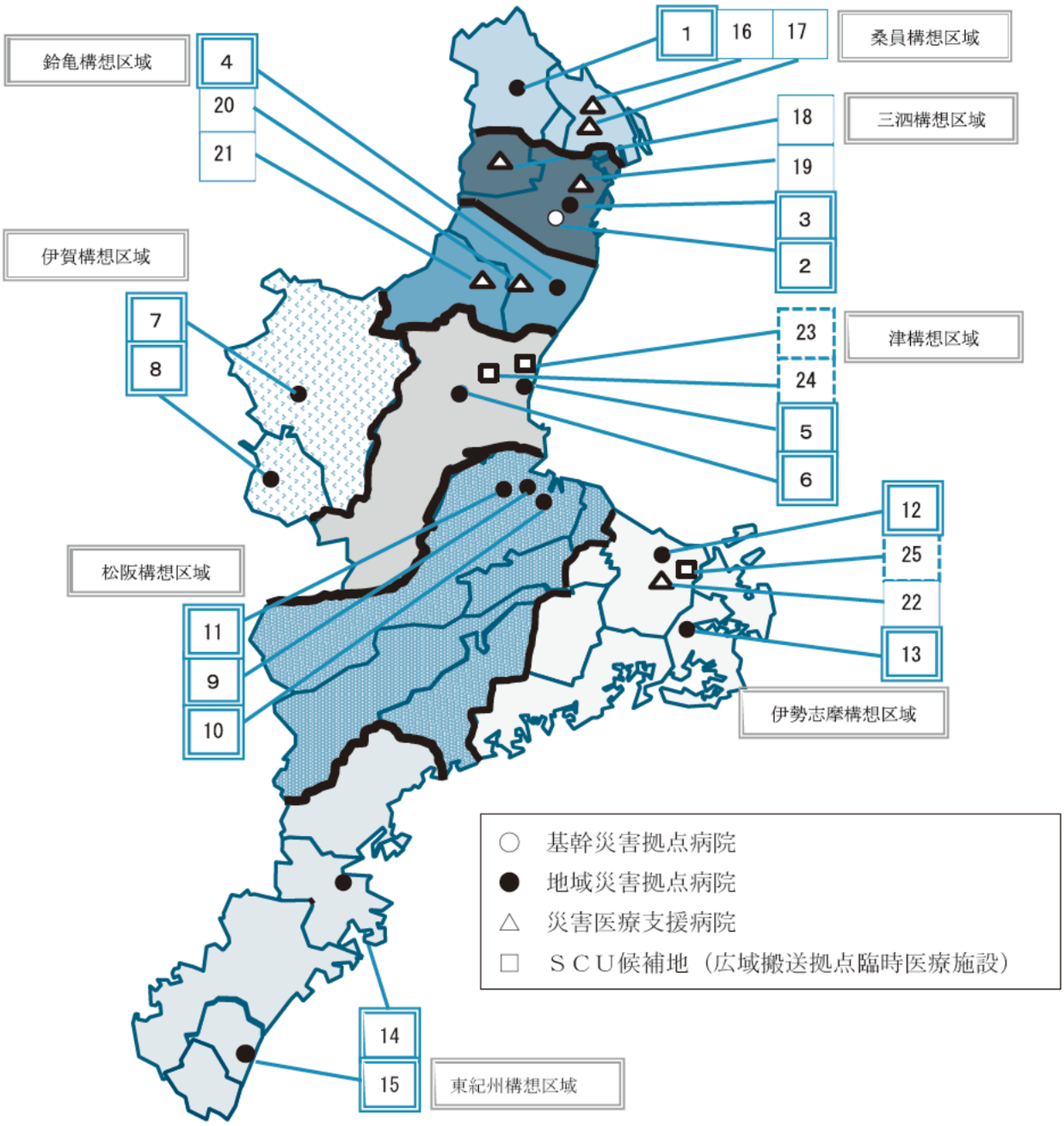
資料：三重県調査（平成 29 年 11 月 1 日現在）

図表 5-7-4 ＳＣＵ候補地の状況

地図番号	構想区域	ＳＣＵ候補地	所在地	利用可能な航空機
23	津	三重大学グラウンド	津市栗真町屋町 1577	大型回転翼機
24		県立看護大学	津市夢が丘 1-1-1	大型回転翼機
25	伊勢志摩	伊勢志摩広域防災拠点（伊勢志摩拠点）ヘリポート及びサンアリーナ	伊勢市朝熊町 4383-4【県営サンアリーナ】	大型回転翼機

資料：三重県調査（平成 30 年 2 月 13 日現在）

図表 5-7-5 三重県の災害拠点病院等の配置図



災害拠点病院			
1	厚生連三重北医療センター いなべ総合病院	9	松阪市民病院
2	県立総合医療センター	10	済生会松阪総合病院
3	市立四日市病院	11	厚生連松阪中央総合病院
4	厚生連鈴鹿中央総合病院	12	伊勢赤十字病院
5	三重大学医学部附属病院	13	県立志摩病院
6	三重中央医療センター	14	尾鷲総合病院
7	上野総合市民病院	15	紀南病院
8	名張市立病院		

災害医療支援病院	
16	桑名東医療センター
17	青木記念病院
18	厚生連三重北医療センター 菰野厚生病院
19	四日市羽津医療センター
20	鈴鹿回生病院
21	亀山市立医療センター
22	市立伊勢総合病院

SCU 候補地	
23	三重大学グラウンド
24	県立看護大学
25	伊勢志摩広域防災拠点（サンアリーナ）

資料：三重県調査（平成29年11月1日現在）

図表 5-7-6 県内の精神科病院の状況

構想区域	名　　称	DPAT（チーム数）	指定	応急	特例	特定	救急	精神科病床数
桑員	多度あやめ病院		○	○	○	○	○	222
	北勢病院	○(2)	○				○	174
	東員病院						○	247
	大仲さつき病院		○	○	○	○	○	242
三泗	総合心療センターひなが	○(1)	○	○	○	○	基幹	555
	水沢病院		○				○	196
鈴亀	厚生連鈴鹿厚生病院	○(2)	○	○	○	○	○	334
	鈴鹿さくら病院	○(1)	○				○	219
津	三重大学医学部附属病院	○(2)	国立					30
	県立こころの医療センター	先遣隊 ○(4)	県立	○	○	○	支援	400
	県立子ども心身発達医療センター	○(1)	県立					80
	久居病院	○(1)	○	○	○	○	○	228
	国立病院機構　榊原病院	先遣隊 ○(4)	国立	○			支援	222
松阪	松阪厚生病院	○(1)	○	○	○	○	基幹	590
	南勢病院		○	○	○	○	○	205
伊勢志摩	県立志摩病院		県立					100
伊賀	信貴山病院分院上野病院	○(1)	○				○	410
東紀州	熊野病院	○(1)	○	○			○	330

資料：三重県調査（平成29年11月1日現在）

ＤＰＡＴ…「三重ＤＰＡＴ」登録病院
指　　定…「指定病院」
都道府県が設置する精神科病院に代わる施設として指定された病院。措置入院の受入れに応じる。
特定応急…「特定病院」
緊急その他やむを得ない理由がある場合に、精神保健指定医に代えて特定医師による診察によって、12時間に限り医療保護入院をさせることのできる病院
応　　急…「応急入院指定病院」
急を要し、保護者や扶養義務者の同意を得ることができない場合に、本人の同意がなくとも精神保健指定医の診察により72時間に限り入院させることのできる病院
特例応急…「特例措置を採ることができる応急入院指定病院」
緊急その他やむを得ない理由がある場合に、精神保健指定医に代えて特定医師による診察によって、12時間に限り応急入院をさせることのできる病院
救　　急…「三重県精神科救急医療システム運用事業参画病院」
夜間・休日における三重県精神科救急医療システム運用事業に参画している病院

図表 5-7-7 DPAT登録病院の配置図



資料：三重県調査（平成29年11月1日現在）

2．圏域の設定と連携体制

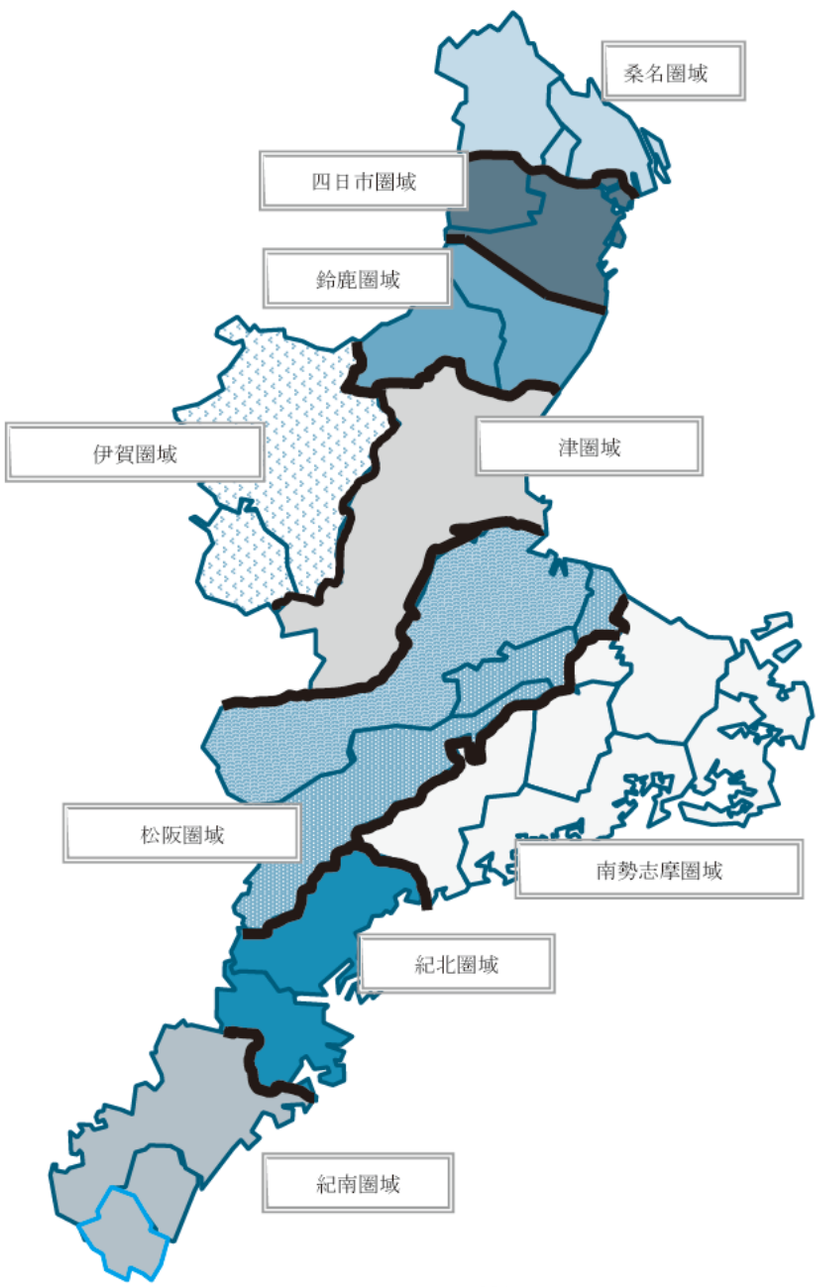
(1) 圏域の設定

○ 災害医療対策は、地域の防災体制と密接に関係しており、大規模災害時における病院の機能維持や患者搬送に必要な情報（道路啓開、物資の搬送等）の収集は、三重県地域防災計画に規定された県地方災害対策部において行います。

○ 地域における医療救護活動の中心を担う保健所等は、県地方災害対策部の中に設置され、県災害対策本部あるいは県地方災害対策部が収集した救助活動情報を医療機関に提供するとともに、医療機関からの医療需要のとりまとめを行います。

○ 県地方災害対策部が、県内に９か所（桑名、四日市、鈴鹿、津、伊賀、松阪、南勢志摩、紀北、紀南）設置されることから、災害医療対策における圏域は、これに合わせて９つとします。

図表 5-7-8 災害医療圏域図



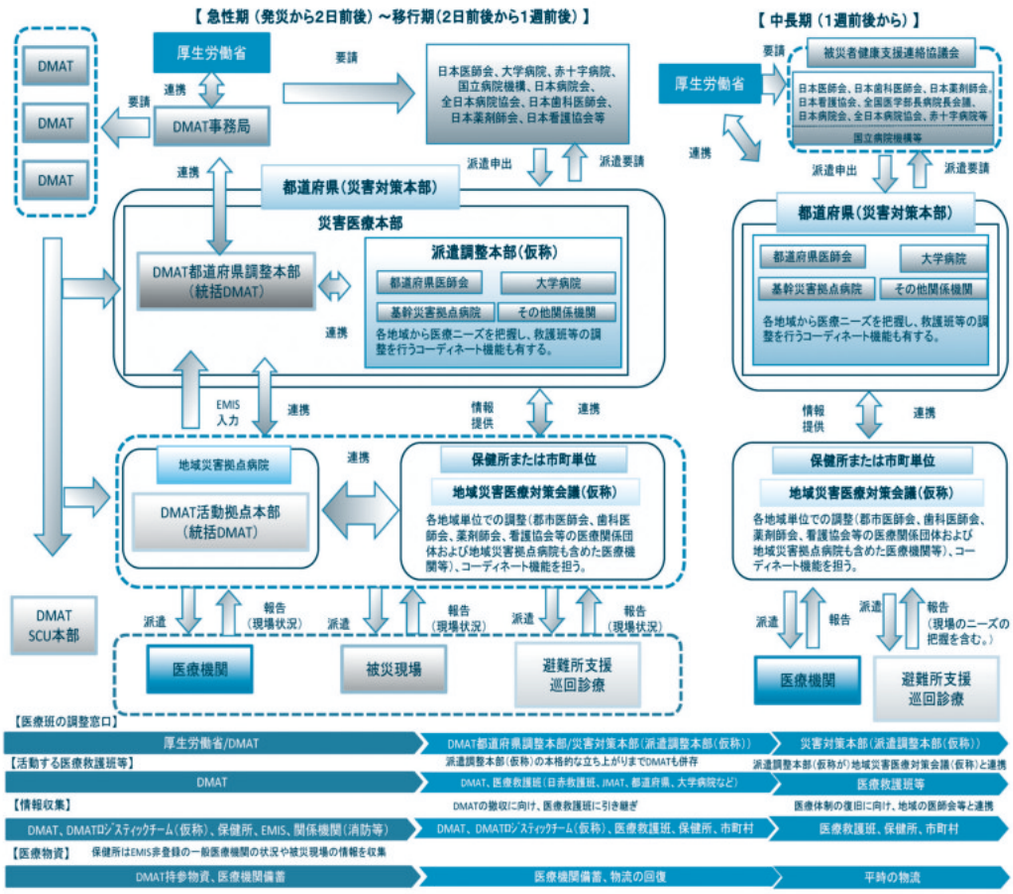
(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

○ 三重県広域受援計画を策定し、各圏域の医療資源を勘案しながら、全国からの保健医療活動チームの受入体制の整備など、大規模災害時の発災後おおむね１週間の活動内容を定めています。
○ 県立総合医療センターを基幹災害拠点病院として指定し、地域災害拠点病院との連携を図っています。
○ 各圏域に地域災害拠点病院を１以上指定し、災害医療を担う体制整備を進めています。
○ 災害拠点病院、日本赤十字社三重県支部、県消防長会、陸上自衛隊、県警本部等が参加する「ＤＭＡＴ・ＳＣＵ連絡協議会」を開催し、情報の共有を図りながら災害医療についての検討を行っています。
○ 県は各関係団体と災害時における応援協定締結を進めています。

(3) 連携のあり方

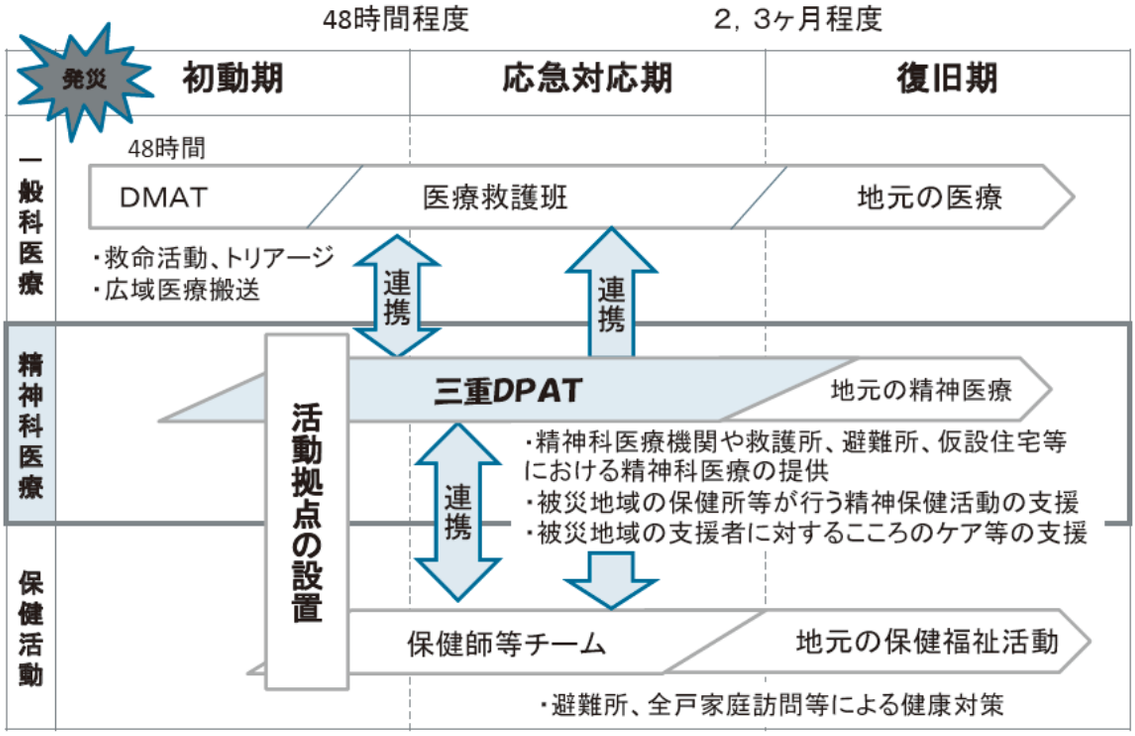
○ 災害派遣協定に基づき、速やかに関係機関へ保健医療活動チームの応援要請を行い、市町と連携し応援を必要とする箇所への派遣調整を行います。
○ 保健医療活動チーム同士が連携し、急性期から中長期まで滞りなく連続した保健医療の提供を行います。
○ 市町が開設した避難所において、市町が単独では対応しきれない、被災者の健康管理に係るコーディネート体制を構築します。
○ 被災地外の市町、県と連携し、重篤な患者の医療搬送を行います。

図表 5-7-9 急性期から中長期にわたる医療提供体制の考え方



資料：厚生労働省資料をもとに作成

図表 5-7-10 DPATの連携体制



資料：厚生労働省資料をもとに作成

３．課題

（1）医療提供体制に関する課題

① 行政の体制

○ 大規模災害時に多数の保健医療活動チームが支援に入ることを想定し、適切な派遣調整等に対応できるよう、災害医療コーディネーターの育成が必要です。

○ 災害医療コーディネーターだけでは、災害対策本部等における支援活動に支障を来すことから、災害医療コーディネーターを支える県ロジスティックチームの体制整備が必要です。

○ 災害時における入院患者の安否確認や医療需要収集等のため、ＥＭＩＳに未加入の有床診療所に対して、参加を求めていく必要があります。

○ 災害医療に関わる中長期にわたる医療救護体制構築を見据え、医療救護班の人材の育成が必要です。

○ 災害時における精神科病院への支援のみならず、避難所、救護所での被災者の心のケアが必要になることから、ＤＰＡＴを強化するとともに医療用資機材を整備する必要があります。

○ 災害拠点病院が指定要件を満たしているか、毎年確認することが必要です。また、満たしていない場合の対策が必要です。

○ 四日市圏域は、保健所政令市である四日市市と県桑名保健所が医療行政を管轄していることから、四日市市と連携しながら、役割分担をふまえた体制整備が必要です。

○ 平成 27（2015）年にＳＣＵ候補地として指定した県立看護大学に、医療用資機材を配備するとともに、ヘリを使った実動訓練を行い実効性の検証を行う必要があります。

○ 市町、県は、病院がＢＣＰの考え方に基づいた災害医療マニュアル【事業継続計画】（Business Continuity Plan。以下、「ＢＣＰ*」という。）を策定できるよう支援することが必要です。

○ 大規模災害時において、他県からの保健医療活動チームの派遣調整や、患者、物資の搬送を円滑に行うため、県職員の資質向上が必要です。

○ 大規模災害時において、災害薬事業務（避難所における活動を含む）を適切に担うことのできる薬剤師の養成が必要です。

○ 大規模災害時における、より円滑な医薬品等の供給体制について検討を進める必要があります。

○ 医療機関に所属する災害支援ナース *を長期間派遣することに対する負担を軽減するため、災害支援ナースを数多く養成することが必要です。

○ 平成 28（2016）年に制度化された、災害時小児・周産期リエゾン *について、養成数が少ないことから、継続した養成および体制整備が必要です。

○ 大規模災害時における精神科医療の拠点となる、災害拠点精神科病院 *を整備する必要があります。

② 医療機関等の体制

○ 医療機関は、自らが被災することを想定し、ＢＣＰを作成するとともに、訓練への参加により、災害対策マニュアルの実効性を高めていくことが必要です。

○ 災害拠点病院だけでなく、全ての病院が耐震化を計画的に進める必要があります。
○ ＤＭＡＴの活動が長期間（１週間等）に及ぶ場合には、２次隊や３次隊の派遣が可能となる体制整備が必要です。また、同様に医療救護班の派遣に係る体制整備も必要です。
○ 熊本地震により医療活動におけるロジスティックスの専門チームの必要性が明らかとなったことから、災害時におけるロジスティックスの体制強化が必要です。
○ 調剤棚や分包機等の調剤機能を備えた車両であるモバイルファーマシーの災害時の活用方法等について、検討を進める必要があります。
○ ＤＭＡＴ有資格者が、災害拠点病院以外の病院に異動した場合の対応について、検討する必要があります。
○ 災害拠点病院等は、大規模災害時に通信インフラが利用できなくなることを想定し、衛星携帯電話の配備および屋上等への外部アンテナの設置を促進する必要があります。
○ 津波等で孤立することが予想される病院において、燃料、飲料水、食料、医薬品等の充分な備蓄を進めるとともに、貯蔵容量等により備蓄が困難な場合は、地域の事業者と協定を結ぶなど、流通備蓄の確保が必要です。
○ 災害拠点病院では、災害時に通常の２倍以上の入院患者の受入れを想定し、病院フロアのレイアウト変更を図示化しておくことが必要です。また、災害時の病院医療本部の設置場所、通信手段を確保しておくことが必要です。

(2) 連携に関する課題

○ 大規模災害時における死者数、負傷者数は、条件により大きく異なることが想定されるため、防災部局と連携し住民への啓発を行う必要があります。
○ 医療機関、市町、県、相互の連携を想定し、定期的な訓練を実施することが必要です。
○ 災害拠点病院は、受入れ患者が許容量を超えた場合の対策として、ＳＣＵや地域の病院への医療搬送を検討する必要があります。
○ 各圏域単位で、災害医療対策協議会等を開催し、日頃から、関係機関と緊密な関係を構築し、地域の課題をふまえた訓練を実施する必要があります。
○ 「大規模災害時の保健医療の活動に係る体制の整備について」（平成 29 年７月厚生労働省通知）をふまえて、大規模災害時には、多数の保健医療活動チームが被災地に入ることから、その派遣調整について、三重県災害医療対応マニュアルの改正を行う中で整理していく必要があります。また、保健医療活動チームの派遣調整には災害医療コーディネーターの役割が重要となります。
○ 避難所における災害関連死を防止するため、市町、県は、医薬品の確保・供給、心のケアや口腔ケア等の健康管理について、保健医療活動チームと連携を図ることが重要です。
○ 被災地内の避難所、救護所では受入れが難しい患者（人工透析、人工呼吸器装着、酸素療法等の患者等）への対応を検討する必要があります。

4．めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

○ 大規模災害時の対応や関係機関との連携強化のため、日頃からＤＭＡＴ・ＳＣＵ連絡協議会において、課題や訓練等について協議しています。
○ 大規模災害時に、速やかな支援要請を行うとともに、重篤な患者の広域搬送の手配や保健医療活動チームおよび医療資機材等のプッシュ型支援 *に的確に対応できる受援体制が構築されています。
○ 大規模災害時に、急性期から中長期にわたり人的被害を最小限に抑えることができる体制および検視 *・検案 *が円滑にできる体制が整備されています。
○ 他の都道府県において大規模災害が発生した場合に、速やかに保健医療活動チーム等を派遣できる体制が整備されています。

(2) 取組方向

取組方向１：災害時における保健医療体制の充実と強化
取組方向２：大規模災害時を見据えた連携の強化

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
病院の耐震化率 【三重県調査】	災害拠点病院および災害医療支援病院の耐震化はおおむね完了しています。今後は、県内の全病院の耐震化を目標とします。	目　標 100％（97/97） 現　状（H29） 71.1％（69/97）
病院および有床診療所のＥＭＩＳ参加割合 【三重県調査】	災害時に円滑な情報収集ができるよう、ＥＭＩＳに参加する医療機関を増やすことを目標とします。	目　標 100％（187/187） 現　状（H29） 53.5％（100/187）
ＢＣＰの考え方に基づいた災害医療マニュアルの策定と訓練に参加する病院の割合 【三重県調査】	従来の災害医療マニュアルでは対応しきれない不測の事態への対応や、中長期にわたって継続的な事業運営を行うため、ＢＣＰの考え方に基づく災害医療マニュアルの策定を行い、実効性を検証するための訓練を実施します。	目　標 100％（97/97） 現状（H29） 7.2％（7/97）

（4）取組内容

取組方向１：災害時における保健医療体制の充実と強化

《災害時の対応》

○ 研修や訓練を通じて災害医療に関わる人材の育成を行います。（医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、関係機関、市町、県）

○ 救護所への医療救護班等の派遣体制を整えます。（医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、関係機関、市町、県）

○ 救護所、避難所等において、感染症の防止やメンタルケア*に適切な対応ができるよう、保健師、看護師等の研修を実施します。（医療機関、医療関係団体、関係機関、市町、県）

○ 地域災害医療対策協議会等で、地域の実情をふまえた課題の抽出と対応策の検討を行い、ＤＭＡＴ・ＳＣＵ連絡協議会を通じて情報交換を行います。（医療機関、関係機関、関係団体、県）

○ 大規模災害時においても多数の検視・検案が行えるよう、開業医等を対象に研修を実施し、意識向上や人材育成を図るとともに、安置される場所や施設の候補地を確保します。（医療機関、医師会、歯科医師会、関係機関、市町、県）

○ メンタルケア、口腔ケア、医薬品確保、感染症防止等の対応を円滑に行えるよう、医師会、病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の活動との連携や情報共有ができる体制づくりを進めます。（医療機関、医師会、病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、医療関係団体、関係機関、市町、県）

○ 大規模災害時に、救護所で受入れが困難な重度の慢性疾患患者等への対応方法を検討します。（医師会、歯科医師会、医療機関、医療関係機関、市町、県）

○ 医療機関において、あらかじめ医療救護班のメンバーを選定するなど、派遣体制の整備を進めます。（医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、関係団体、市町、県）

○ 医療救護班の研修や訓練を実施し、体制を強化します。（医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、関係団体、市町、県）

《行政の体制》

○ 県は、災害医療コーディネーターの研修を実施し、コーディネート体制の強化を進めます。（医療機関、医師会、関係団体、市町、県）

○ 県は、県ロジスティックチーム（仮称）の体制整備を進めます。（医療機関、市町、県）

○ 県は、大規模災害時における医薬品等の確保・供給など災害薬事に係る体制強化を図るとともに、必要な技術・知識を有する薬剤師（災害薬事コーディネーター（仮称））の養成に取り組みます。（医療機関、薬剤師会、県）

○ 県は、有床診療所に対して、ＥＭＩＳへの参加を促し、災害時における情報提供体制を強化します。（医療機関、医師会、市町、県）

○ 市町、県は、各圏域の被害想定や医療資源、需要に応じた内容の研修を行い、各関係者が連携した訓練を実施します。（医療機関、医師会、市町、県）

○ 県は、ＤＰＡＴの体制強化のため、ＤＭＡＴ等との合同訓練や研修を実施するとともに、医療用資機材の整備に努めます。また、ＤＰＡＴ運営委員会を定期的に開催し、災害精神

医療体制の強化を図ります。（医療機関、県）

○ 市町、県は、災害拠点病院が指定要件を達成できるように支援します。（医療機関、市町、県）

○ 県、四日市市保健所が連携し、四日市圏域の災害時の連携体制を整備します。（医療機関、医師会、関係機関、市町、県）

○ 市町、県は、病院がＢＣＰの考え方に基づいた災害医療マニュアルを策定できるよう支援します。（医療機関、市町、県）

○ 県は、行政職員を対象とした医療本部運営研修を実施します。（医療機関、関係団体、市町、県）

○ 県は、ＳＣＵ候補地として指定された県立看護大学に医療資機材を整備し、訓練を実施します。（医療機関、県）

○ 県は、災害支援ナースの増員を図ります。また、フォローアップ研修や訓練を実施します。（看護協会、県）

○ 県は、災害時小児・周産期リエゾンの養成を図ります。（医療機関、県）

○ 県は、大規模災害時において、より円滑に医薬品等を供給するため、県医薬品卸業協会等との連携体制を充実させます。（薬剤師会、医療関係団体、県）

○ 県は、災害拠点精神科病院を指定し、大規模災害時における精神科医療提供体制の充実を図ります。（医療機関、県）

《医療機関等の体制》

○ 病院は、ＢＣＰの考え方に基づいた災害医療対応マニュアルの策定を行い、訓練を通じてその内容を見直すことができるよう体制整備を進めます。（医療機関、医療関係団体、市町、県）

○ 病院の耐震化を計画的に進めます。（医療機関、市町、県）

○ 災害時におけるモバイルファーマシーを活用した医薬品等の供給について、検討を進めます。（薬剤師会、医療関係団体、県）

○ 災害の規模、種類別に、日頃からＤＭＡＴ派遣のローテーション計画を策定することを検討します。（医療機関、県）

○ 災害拠点病院以外に所属するＤＭＡＴ有資格者によるチームの編成について検討します。また、災害拠点病院でチーム編成ができない場合において、他病院のＤＭＡＴ有資格者が加わりチーム編成ができるような体制整備を検討します。（医療機関、医師会、病院協会、県）

○ 災害拠点病院は、衛星携帯電話を複数配備し、外部アンテナを設置することにより通信の確保に取り組みます。（医療機関）

○ 災害拠点病院は、津波により長期間孤立することも想定した備蓄を進めます。また、地域の事業者との協定による流通備蓄についても取り組みます。（医療機関）

○ 大規模災害時に、病院内のスペースを有効に活用するレイアウトの検討を進めます。また、病院医療本部で防災行政無線を活用するための体制整備を進めます。（医療機関）

取組方向２：大規模災害時を見据えた連携の強化

○ 医療機関、関係機関、関係団体等と行政は連携し、医療従事者や住民に対して啓発活動を行います。（医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、関係機関、関係団体、市町、県）

○ 県医師会、郡市医師会、医療機関、市町が連携する通信訓練等を実施します。（医師会、医療機関、関係機関、関係団体、市町、県）

○ 各圏域の医療機関、医療関係団体、消防本部、市町が連携した地域災害医療対策協議会等において、大規模災害に対応できる災害医療ネットワークづくりを進めます。（医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、医療関係団体、関係機関、市町、県）

○ 災害拠点病院の許容量を越えた数の患者が搬送されることを想定し、災害医療支援病院や一般病院による後方支援が得られるよう連携を進めます。（医療機関、医師会、病院協会、県）

○ 災害時における災害時健康危機管理支援チーム等との円滑な医療連携の実施に向け、医師会等との連携を強化します。（医師会、看護協会、県）

○ 大規模災害時には多数の保健医療活動チームが県内に入ることから、支援団体の全体像を把握し、医療ニーズに合わせた派遣調整に努めます。派遣調整の体制整備については、今後、三重県災害医療対応マニュアルの改正を行う中で整理し、災害医療コーディネーターとの連携にも取り組みます。（医療機関、医師会、市町、県）

第８節｜へき地医療対策

１．へき地医療の現状

(1) へき地医療の概況

○ 県内では、「過疎地域自立促進特別措置法」、「離島振興法」、「山村振興法」の指定地域[1]において、医療機関や医師の数が他地域に比べて著しく不足していることから、市町が中心となってへき地診療所を設置し、住民に対する医療の提供を行っています。

○ 平成 29（2017）年６月末現在、過疎地域や離島にある 21 か所の市町立診療所、３か所の国保診療所、３か所の民間診療所をへき地診療所として指定しています。

○ これら 27 か所のへき地診療所のうち常勤医師が勤務する診療所は 15 か所であり、その他の診療所は兼任管理や巡回診療*等により診療が行われていますが、１か所が休診中となっています。

○ なお、15 か所のへき地診療所に勤務する医師 16 人の年齢構成は 60 歳以上が５人、50 歳以上 59 歳以下が４人、49 歳以下が７人となっています。

○ 県が指定するへき地医療拠点病院は、平成 29（2017）年４月現在、紀南病院、尾鷲総合病院、県立志摩病院、伊勢赤十字病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院、国立病院機構三重病院、県立総合医療センター、県立一志病院の９病院です。

○ 県内には過疎地域を中心として無医地区*が２地区（１市１町）、無医地区に準じる地区*が３地区（１市、１町）あり、無歯科医地区*が３地区（２市）、無歯科医地区に準じる地区*が６地区（１市）となっています。巡回診療等により対応しています。

○ 県では、これらの地域の医療提供体制を確保するために、これまで第 11 次にわたり策定した「三重県へき地保健医療計画」に基づき、へき地医療機関等に対する支援を行っています。今後は、「三重県医療計画」に統合して、引き続き支援を行っていきます。

[1] 過疎地域自立促進特別措置法、離島振興法、山村振興法における指定地域は以下のとおりです。
津市（一部）、松阪市（一部）、名張市（一部）、尾鷲市、亀山市（一部）、鳥羽市、熊野市、いなべ市（一部）、志摩市（一部）、伊賀市（一部）、多気町（一部）、大台町、度会町（一部）、大紀町、南伊勢町、紀北町、御浜町（一部）、紀宝町（一部）

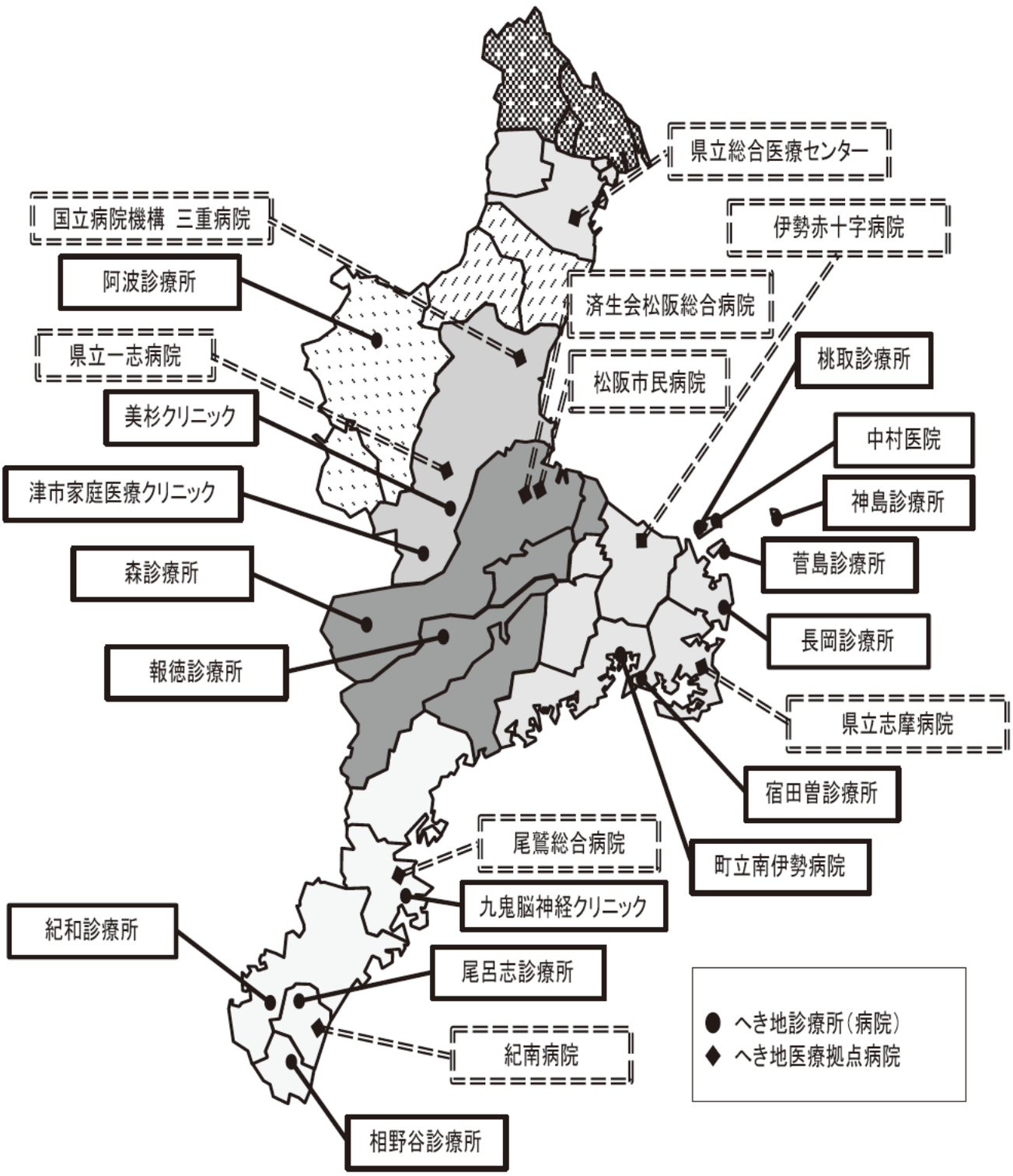
図表 5-8-1 県内のへき地診療所

市町	診療所	区分	住所地	常勤医の有無等
津市	津市家庭医療クリニック	国保	津市美杉町奥津	有
	洗心福祉会美杉クリニック	民間	津市美杉町下之川	有
伊賀市	伊賀市国民健康保険阿波診療所	国保	伊賀市猿野	有
	伊賀市国民健康保険霧生診療所	国保	伊賀市霧生	無※
松阪市	松阪市森診療所	市立	松阪市飯高町森	有
	松阪市波瀬診療所	市立	松阪市飯高町波瀬	
大台町	大台町報徳診療所	町立	多気郡大台町江馬	有
	大台町大杉谷診療所	町立	多気郡大台町久豆	無※
鳥羽市	鳥羽市立長岡診療所	市立	鳥羽市相差町	有
	鳥羽市立桃取診療所	市立	鳥羽市桃取町	有
	中村医院	民間	鳥羽市答志町	有
	鳥羽市立菅島診療所	市立	鳥羽市菅島町	有
	鳥羽市立神島診療所	市立	鳥羽市神島町	有
	鳥羽市立鏡浦診療所	市立	鳥羽市浦村町	無※
	鳥羽市立鏡浦診療所石鏡分室	市立	鳥羽市石鏡町	無※
南伊勢町	宿田曽診療所	町立	度会郡南伊勢町田曽浦	有
	阿曽浦診療所	町立	度会郡南伊勢町阿曽浦	休診中
	南伊勢町立古和浦へき地診療所	町立	度会郡南伊勢町古和浦	無※
尾鷲市	九鬼脳神経クリニック	民間	尾鷲市九鬼町	有
熊野市	熊野市立五郷診療所	市立	熊野市五郷町寺谷	無※
	熊野市立神川へき地診療所	市立	熊野市神川町神上	無※
	熊野市立育生へき地出張診療所	市立	熊野市育生町長井	無※
	熊野市立紀和診療所	市立	熊野市紀和町板屋	有
	熊野市立上川診療所	市立	熊野市紀和町和気	無※
	熊野市立楊枝出張診療所	市立	熊野市紀和町楊枝	無※
御浜町	尾呂志診療所	町立	南牟婁郡御浜町上野	有
紀宝町	紀宝町立相野谷診療所	町立	南牟婁郡紀宝町井内	有

資料：三重県調査（平成 30 年 1 月末現在）

「無※」　兼任管理等により対応。

図表 5-8-2 県内のへき地医療機関(医師が常勤している施設)、へき地医療拠点病院



資料：三重県調査（平成 29 年 6 月末現在）

図表 5-8-3 県内の無医地区

二次医療圏	市町	地区	人口（人）			無医地区	無歯科医地区
			H21 年度	H26 年度	H28 年度		
中勢伊賀	津市（旧美杉村）	太郎生	1,110	958	841	○	
南勢志摩	鳥羽市	神島町	461	401	377		○
	志摩市（旧志摩町）	和具（間崎）	―	―	81	△	
東紀州	熊野市（旧紀和町）	上川	204	161	144	△	○
		西山	282	236	205	△	○
	熊野市	神川	384	327	305		△
		育生	258	231	216		△
		飛鳥	1,440	1,279	1,185		△
		新鹿	1,598	1,398	1,332		△
		荒坂	574	489	456		△
		五郷	―	802	767		△
	紀宝町	浅里	107	64	57	○	

○：無医地区、△：無医地区に準じる地区　　資料：三重県調査（平成 29 年 6 月末現在）

(2) へき地の医療提供体制

① へき地医療提供体制の維持、確保

○ へき地医療対策を円滑かつ効果的に実施するため、平成 15（2003）年度に県の健康福祉部内に「へき地医療支援機構」を設置しました。へき地医療支援機構には、へき地医療勤務経験のある医師を専任担当官として配置し、年度ごとのへき地医療に係る事業の実施や各関係機関との連携や連絡調整を行い、へき地における医療提供体制の整備を支援しています。

○ へき地医療支援機構では、医学生および若手医師、へき地医療関係者を対象としたへき地医療研修会やへき地医療体験実習などを開催するほか、へき地医療の意義や魅力についても情報発信しています。

○ 県が指定するへき地医療拠点病院では、へき地医療支援機構の調整のもと、無医地区等に対し巡回診療および、へき地診療所等への代診医派遣等を行っています。代診医派遣は、へき地医療機関に勤務する医師がスキルアップのために研修に参加したり、休暇を取得してリフレッシュするなど、医師のキャリアアップやモチベーションの維持等、ひいては、へき地の医療提供体制を維持・確保するために重要な事業となっています。代診医派遣については、現状（平成 28 年度実績）100%の応需率となっています。

○ 巡回診療については、紀南病院、町立南伊勢病院、紀和診療所が隔週、津市家庭医療クリニックが毎週の頻度で、休診中の診療所や、無医地区等への巡回診療を実施しています。

図表 5-8-4 巡回診療等の実施状況

実施頻度	実施主体	対象地区
隔週	紀南病院	紀宝町　浅里地区
	熊野市立紀和診療所	熊野市　西山地区
		熊野市　小森地区
		熊野市　小船地区
		熊野市　上川地区
		熊野市　楊枝地区
	町立南伊勢病院	南伊勢町　古和浦地区
毎週	津市家庭医療クリニック	津市　伊勢地地区
毎月	県立志摩病院	志摩市　和具（間崎）地区

資料：三重県調査（平成 30 年 1 月末現在）

図表 5-8-5 へき地医療拠点病院からへき地診療所等への代診医の派遣実績の推移

（単位：件）

派遣元	所在地	H19 年度	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度
県立総合医療センター	四日市市	2	2	9	2	1	0	3	4	0	3
県立志摩病院	志摩市	13	8	15	6	51	31	48	29	18	5
紀南病院	御浜町	2	4	2	3	0	0	0	0	0	0
尾鷲総合病院	尾鷲市	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
伊勢赤十字病院	伊勢市	3	3	7	5	3	3	12	13	7	4
三重病院	津市	－	－	－	18	9	0	0	0	0	0
済生会松阪総合病院	松阪市	－	－	－	－	1	3	4	6	4	4
松阪市民病院	松阪市	－	－	－	－	－	3	3	7	2	3
県立一志病院	津市	－	－	－	－	－	－	－	2	4	4
派遣実績　合計		20	17	34	34	65	40	70	61	35	23

資料：三重県調査

○ へき地診療所の運営費や、診療所および医師住宅の新築・改築、医療機器の整備について、必要に応じ、一定の条件のもとに補助を行っています。また、へき地医療拠点病院に対して、巡回診療や代診医派遣等の実績や地域の実情に応じて、施設・設備の整備および運営費について補助を行っています。

○ 医師不足地域に対する診療支援のため、平成 21（2009）年度から、医師不足地域の病院（へき地医療拠点病院を含む）に対して、他地域の基幹病院から一定期間医師を派遣する取組（三重県版医師定着支援システム（バディ・ホスピタル・システム））を実施しています。県では、こうした取組を推進するため、支援病院、被支援病院に対して一定の財政的支援を行っています。平成 21（2009）年 10 月以降、伊勢赤十字病院から尾鷲総合病院へ常勤医師 1 人が継続して派遣されています。

○ 平成 22（2010）年度から、県と三重大学が連携し、安全・安心かつ切れ目のない医療提供体制の充実、病診連携の推進をめざし、「三重医療安心ネットワーク＊（地域医療連携システム）」の整備を進めています。へき地においても、県内の医師不足により、へき地での医療体制の充実が困難な中、へき地医療機関と後方病院との連携が不可欠になっており、本県では「三重医療安心ネットワーク」の整備について、へき地医療機関も含めて推進しています。平成 29（2017）年６月末現在、８か所のへき地診療所が、患者の同意を得た上で、薬の処方や血液検査結果、レントゲンやＣＴの画像といった医療情報を閲覧できる施設としてネットワークに参加しています。

○ 県では、県全域の三次救急医療体制の充実を目的として、平成 24（2012）年２月に、県独自のドクターヘリを導入しました。基地病院となる三重大学医学部附属病院と伊勢赤十字病院から東紀州地域まで、おおむね 30 分の所要時間でカバーできるようになりました。平成 24(2012)年３月から、平成 29（2017）年３月までの累計実績で、東紀州地域では 206 件の救急出動と 212 件の病院間搬送が実施されました。

○ へき地での在宅訪問歯科診療の充実をめざして、県および郡市歯科医師会が連携し、歯科医療関係者への研修や在宅歯科診療を行うための設備整備など、安全・安心な歯科医療が行われるための体制整備を行っています。

② 医師不足地域に関わる医師・看護師等の育成、確保

○ 県内の人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数は全国平均と比べ少なく、特に、伊賀区域や伊勢志摩区域（伊勢市を除く）、東紀州区域で救急対応に支障が出るなど医師の慢性的な不足が見られます。

○ また、県内の人口 10 万人あたりの看護師数も全国平均と比べ少なく、特に、伊賀区域や伊勢志摩区域（伊勢市を除く）、東紀州区域で看護師の数が少なくなっています。

図表 5-8-6 全国、県、主な医師不足地域の比較（人口 10 万人あたり）

【医師数】 （単位：人／10 万人）

全　国	三重県全体	伊賀区域	伊勢志摩区域（伊勢市を除く）	東紀州区域
240.1	217.0	149.4	110.8	158.0

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」、三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

【看護師数】 （単位：人／10 万人）

全　国	三重県全体	伊賀区域	伊勢志摩区域（伊勢市を除く）	東紀州区域
906.0	899.3	737.0	429.7	824.1

資料：三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」、三重県「月別人口調査」（平成28年10月１日現在）
全国数値は、厚生労働省「平成28年衛生行政報告例」の三重県数値を上記数値に置き換えて、独自に算出

○ へき地医療機関に勤務する医師については、これまで、自治医科大学義務年限内医師の配置や、義務年限終了後医師を引き続き県職員として雇用し、へき地へ派遣するキャリアサポート制度（旧ドクタープール制度）等により確保に努めてきましたが、その医師数にも

限りがあり、また、三重大学医学部から派遣できる医師が減少する中、さらなる派遣は厳しい状況が続いています。

○ へき地を含む地域医療の担い手の育成に向けて、三重大学医学部医学・看護学教育センター*、市町村振興協会、県の３者が連携し、地域医療の確保、地域への医師の定着をめざし、全 29 市町での保健活動、へき地・離島医療機関での診療見学実習、医学部医学科 1 年生全員を対象とした「国際保健と地域医療」講義等により、三重大学医学部における地域医療教育の充実に取り組んでいます。

○ 地域医療の担い手育成に向けて、平成 21（2009）年４月に県が紀南病院内に設置した、「三重県地域医療研修センター（ＭＥＴＣＨ）」では、“ちいきは医者をステキにする”を合言葉に、若手医師、医学生に対して実践的な地域医療研修を提供しています。平成 29(2017)年度までに、県内・県外の病院から、259 名の研修医を受け入れています。受入れ先の医療機関は、紀南病院、町立南伊勢病院、鳥羽市桃取診療所、鳥羽市神島診療所の４か所となっています。

図表 5-8-7 三重県地域医療研修センター 研修医受入れ実績

（単位：人）

	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H24 年度	H25 年度	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度
県内病院研修医	14	19	26	22	18	12	12	17	14
県外病院研修医	8	16	9	13	14	13	13	10	9
年度合計	22	35	35	35	32	25	25	27	23
受入れ総数	22	57	92	127	159	184	209	236	259

資料：三重県調査

○ 三重大学では、平成 18（2006）年度から地域医療に従事する医師の増加を目的とした推薦入試枠の「地域枠」が設けられるとともに、平成 20（2008）年度からは三重大学医学部の定員増が行われました。また、平成 21（2009）年度からは、へき地および医師不足地域からの推薦枠となる「地域枠Ｂ」が設けられており、平成 29(2017)年度までの入学者は、46 名となっています。これら地域枠の学生には、将来の地域医療の担い手として、大きな期待が寄せられています。

○ 平成 16（2004）年度から、医師不足地域の医療機関等における医師の確保を目的として創設した三重県医師修学資金貸与制度においても、地域枠医師のサポートと、推薦地域への定着を目的として、積極的に修学資金を貸与しています。修学資金を貸与した医師は、卒後一定期間、推薦地域をはじめとする、県内の医療機関で業務に従事すれば貸与金の返還を免除することとしています。

○ へき地等における医療の確保と質の向上に資することを目的として、自治医科大学に毎年２～３人の三重県の入学枠を設けています。卒業し、県内での初期臨床研修を修了した後に県職員として雇用し、義務年限を終了するまでの間、県内のへき地医療機関等に派遣しています。

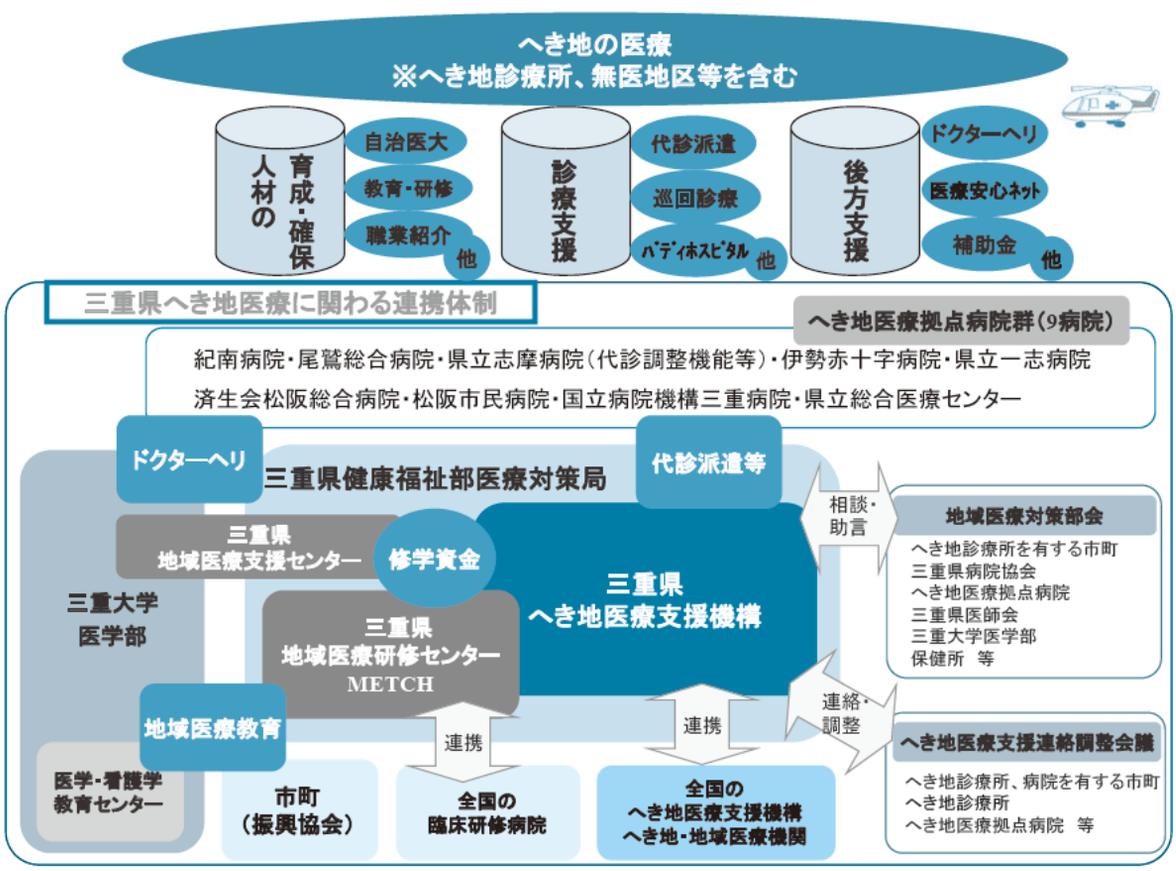
○ また、自治医科大学卒業医師を義務年限終了後も、引き続き県職員として雇用し、へき地医療機関等へ派遣する「ドクタープール制度」を平成 17（2005）年度に整備しましたが、平成 22（2010）年度から、へき地で勤務する医師のキャリア形成支援をより充実させ、利用者の拡充を図るため、「キャリアサポート制度」に改め、これまでに 11 人の医師を確保しました。

○ 平成 29（2017）年度は、自治医科大学義務内医師 11 人とキャリアサポート医師５人の計 16 人を４市町５医療機関およびへき地医療支援機構に配置しています。

○ 平成 23（2011）年度より、地域で活躍する総合診療医の育成支援を目的に、三重大学、地域の医療機関等が参画する三重・地域家庭医療ネットワークの構築や拠点整備を支援しています。

○ 今後、県内で勤務を開始する三重県医師修学資金貸与医師等の増加が見込まれることから、県では、平成 24（2012）年５月に三重県地域医療支援センターを設置し、若手医師を対象とした医師のキャリア形成支援とへき地等医師不足病院における医師確保支援を一体的に行う仕組みづくりを進めています。

図表 5-8-8 へき地医療の連携体制



2. 課題

(1) へき地等の医療提供体制の維持・確保

○ へき地診療所等で勤務する医師の確保については困難な状況が続いており、現在勤務する医師の高齢化が進む中、今後の後継者の確保が課題になると予測されます。また、過疎化

の進行とともにへき地診療所等の患者数が年々減少しており、へき地診療所等からは、運営状況の改善が必要であるといった意見も多数寄せられています。

○ へき地の医療提供体制を維持･確保するためには、へき地で勤務する医師の確保のほかに、へき地診療所で勤務する医師を効率よく適正に配置し、例えば、複数の医師によるチームで複数の診療所を診るといった、地域を点から面で支える医療提供体制の確立が必要です。

○ へき地医療拠点病院の主たる事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣の実績について、人員不足や所在地等の事情により、実績に偏りが生じています。

(2) へき地医療に関わる医師・看護師等の育成・確保

○ 今後、増加が見込まれる三重県医師修学資金貸与者および三重大学医学部地域枠学生等がへき地医療等への志を維持できるよう、継続的な研修等、動機づけの機会が必要です。

○ 地域医療を担う医療従事者（医師・看護師等）を確保するため、現場見学セミナーや、就業体験をとおしての進路選択の動機づけを行い、将来地域医療に従事する学生（高校生・大学生）への支援などを継続的に行っていくことが必要です。

○ へき地医療に従事する医師のキャリア形成上の不安を解消することが必要です。このため、三重県地域医療研修センターや三重県地域医療支援センター、三重大学医学部、県内の臨床研修病院、市町等の関係機関等が連携し、医学生や研修医を対象とした卒前・卒後を通じて一貫したへき地を含む県内医療機関等でのキャリア形成支援を行うことが必要です。

○ へき地医療では、保健福祉、在宅医療、救急医療、入院治療などさまざまな対応が求められるため、柔軟で幅広い対応のできる医師の育成が重要です。また、地域包括ケアシステムの構築を見据え、医療・介護・福祉等の多職種連携の重要性について意識を高め、地域医療教育の充実に取り組んでいくことも必要です。

3．めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

○ へき地医療診療所に必要な医師が確保され、診療所運営の維持・管理ができるように、へき地医療を点から面で支える体制を整備することで、地域住民の健康を守るために必要な医療提供体制が確保されています。

○ へき地医療を担う新たな医療従事者の確保・育成を図るため、へき地医療教育に必要な体制や、へき地で勤務する医師のキャリア形成、宿舎等の生活環境のサポート体制が整備されています。

(2) 取組方向

取組方向１：へき地等の医療提供体制の維持・確保
取組方向２：へき地医療を担う医師・看護師等の育成・確保

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
へき地診療所等からの代診医派遣依頼応需率 【三重県調査】	へき地診療所等からの代診医派遣依頼件数に対する派遣件数の割合を 100%に維持することを目標とします。	目　標 100% 現　状(H28) 100%
へき地診療所に勤務する常勤医師数 【三重県調査】	へき地診療所に勤務する常勤医師の人数について、現在の 16 人を維持することを目標とします。	目　標 16 人 現　状(H29) 16 人
三重県地域医療研修センター研修医受入れ数 （累計数） 【三重県調査】	研修医の受入れ人数は、これまで年平均で約 30 人となっています。研修プログラムの充実と、県内外への情報発信等により、年平均 35 人の受入れを目標とします。	目　標 469 人 現　状(H29) 259 人

(4) 取組内容

取組方向１：へき地等の医療提供体制の維持・確保

○ へき地医療拠点病院を指定し、へき地医療支援機構の調整のもと、巡回診療やへき地医療機関からの代診医派遣要請および在宅診療・訪問看護等のニーズへの対応を行うとともに、へき地医療拠点病院および協力医療機関、協力医師の増加に努めます。また、へき地医療拠点病院の主たる３事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣については、実績の向上と平準化に向けて、連携強化を図ります。（医療機関、県）

○ へき地医療拠点病院およびへき地診療所の施設や設備の整備、運営に対する支援を引き続き行います。（市町、県）

○ 「三重医療安心ネットワーク」等を活用して、医療機関の間で診療情報を円滑にやり取りできるようにすることで、へき地においても、病病連携*・病診連携をさらに推進します。（医療機関、県）

○ 三重県全域の三次救急医療体制の充実を目的に導入した県のドクターヘリについて、へき地等においてもその効果的な活用を図ります。（医療機関、市町、県）

○ へき地での在宅訪問歯科診療の充実をめざして、県および郡市歯科医師会と連携し、歯科医療関係者への研修および在宅歯科診療の設備整備などを支援し、安全・安心な歯科医療提供体制の整備を推進します。（医療機関、歯科医師会、市町、県）

○ 将来的な、へき地診療所運営維持・確保のため、複数医師による医療チームを編成し、複数診療所を管理する体制の整備等、地域医療を点から面で支える体制について検討を行い、具体化をめざします。（医療機関、医師会、市町、県）

取組方向２：へき地医療を担う医師・看護師等の育成・確保

○ 医師無料職業紹介事業等の取組を通じて、へき地医療機関に従事する医師の確保に努めます。（医療機関、県）

○ 臨床現場から離れている看護職員の復職を支援するために、就業に結びつけるための情報提供の充実や、就業支援の取組を進めます。（医療機関、看護協会、市町、県）

○ 高校生を対象に、医学を志す生徒への動機づけ・啓発として「医学部進学セミナー」を引き続き実施し、より一層の充実を図ります。（医療機関、教育機関、県）

○ 一日看護体験や出前授業、「みえ看護フェスタ」等の取組を通じて、地域医療をめざす中高校生への動機づけを引き続き実施します。（医療機関、看護協会、県）

○ 自治医科大学において、へき地医療を担う医師を養成します。（県）

○ 三重大学医学部医学・看護学教育センターや関係機関と協働し、三重大学医学部医学生への地域における学習、実習機会の提供を継続的に実施し、へき地医療や地域包括ケアシステム実現のための多職種連携の重要性について意識を高めるとともに、へき地等地域医療に従事する動機づけを行っていきます。（医療機関、三重大学、市町、県）

○ 医学生、若手医師を対象に、三重県地域医療研修センターにおける地域医療の現場での実践的な研修を提供するとともに、連携して受入れを行う医療機関の拡充を図り、将来的にへき地等地域医療を担う医師を育成します。（医療機関、県）

○ 総合診療医育成を通じて、へき地を含む地域の医療機関で従事する医師の育成を支援します。（三重大学、医療機関、県）

○ 地域医療の担い手の育成・定着促進を目的として、自治医科大学卒医師の義務年限終了後のキャリアサポート制度の充実と利用促進を図ります。（県）

第９節｜周産期医療対策

１．周産期医療の現状

（1）周産期医療の概況

○ 「周産期」とは広義では妊娠から生後４週間の期間、狭義では妊娠満 22 週から生後満７日未満の期間のことをいい、母体・胎児・新生児にとって大変重要な時期とされています。この期間に、「周産期医療」として産科・小児科の双方から総合的に医療が行われます。

○ 全国の出生数は、平成 18（2006）年に約 109 万件でしたが、平成 28（2016）年には約 97 万件と約 11％減少しています。本県における出生数は同期間に 15,816 件から 13,202 件へと約 16％減少しています[1]。また、本県における医療施設での分娩数は、平成 28（2016）年で 14,291 件と、出生数に比べ 1,089 件多く、いわゆる「里帰り出産」が多い傾向にあります。

○ 本県の平成 28（2016）年の出生率（人口千人あたり出生数）は 7.4 で全国平均の 7.8 を下回っていますが、合計特殊出生率（１人の女性が一生に産む子どもの平均数）は 1.51 で全国平均 1.44 を上回っています[1]。

○ 妊娠した女性はかかりつけ医の健康診査を受け、出産に備えることが重要です。高齢出産の場合や母親に合併症がある場合等、母体や胎児に何らかの危険が生じる可能性が高い妊娠（分娩）を「ハイリスク妊娠（分娩）」といい、重症度に応じて医療機関での適切な管理が必要となります。

○ 本県における周産期死亡率は平成 27（2015）年までは全国平均と同じく減少傾向にありましたが、平成 28（2016）年には 5.7 と全国で最も悪い数値となっています。早期新生児死亡率*は全国並みであることから、死産が増えたことが原因と考えられます。なお、低出生体重児出生率*は全国平均の 9.4 に対し本県は 9.2 となっています[1]。

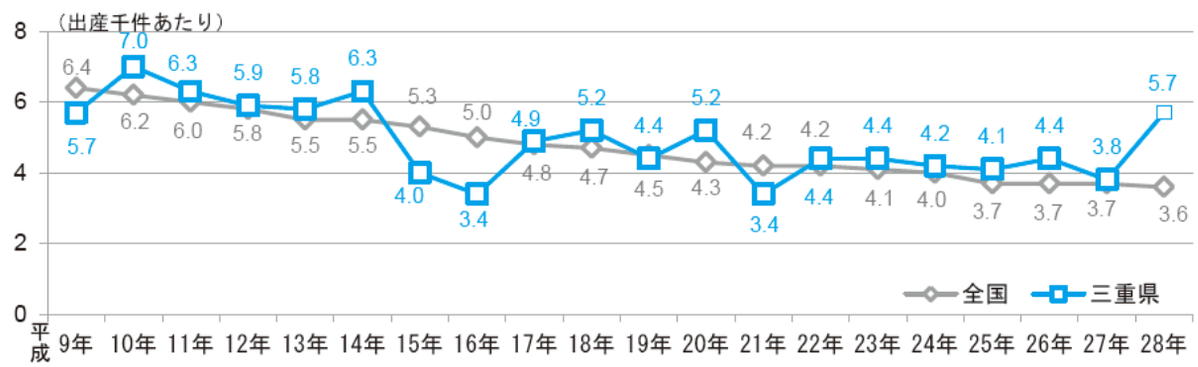
[1] 出典：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

図表5-9-1　県内の病院と診療所の地域別出生状況および分娩数

二次医療圏・構想区域	出生数		死産		分娩数				
		県内シェア	自然死産	人工死産	病院	診療所	助産所	合計	県内シェア
全　国	976,978	—	10,067	10,867	557,412	465,180	—	1,022,592	–
三重県	13,202	—	143	129	6,288	7,748	257	14,293	–
北勢医療圏	6,799	51%	68	64	3,943	2,552	222	6,717	47%
桑員区域	(1,698)	(13%)	(15)	(13)	(998)	(527)	(155)	(1,680)	(12%)
三泗区域	(3,113)	(24%)	(35)	(31)	(1,887)	(1,192)		(3,079)	(21%)
鈴亀区域	(1,988)	(15%)	(18)	(20)	(1,058)	(833)	(67)	(1,958)	(14%)
中勢伊賀医療圏	3,004	23%	37	23	1,562	2,264	10	3,836	27%
津区域	(1,845)	(14%)	(25)	(14)	(1,043)	(1,566)	(10)	(2,619)	(18%)
伊賀区域	(1,159)	(9%)	(12)	(9)	(519)	(698)		(1,217)	(9%)
南勢志摩医療圏	3,023	23%	36	41	674	2,834	23	3,531	25%
松阪区域	(1,600)	(12%)	(21)	(27)	(438)	(1,245)		(1,683)	(12%)
伊勢志摩区域	(1,423)	(11%)	(15)	(14)	(236)	(1,589)	(23)	(1,848)	(13%)
東紀州医療圏（区域）	376	3%	2	1	109	98		207	1%

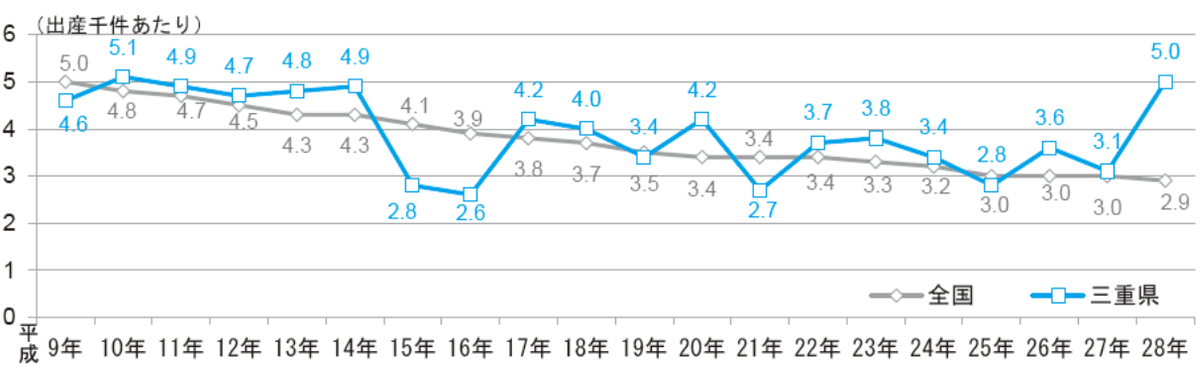
資料：厚生労働省「平成 28 年人口動態調査」、分娩数は三重県産婦人科医会、三重県助産師会調べ（助産所分娩合計数は自宅出産 2 件を加えた数字）（病院、診療所の全国数のみ厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」より推計（年換算））

図表5-9-2　周産期死亡率の推移

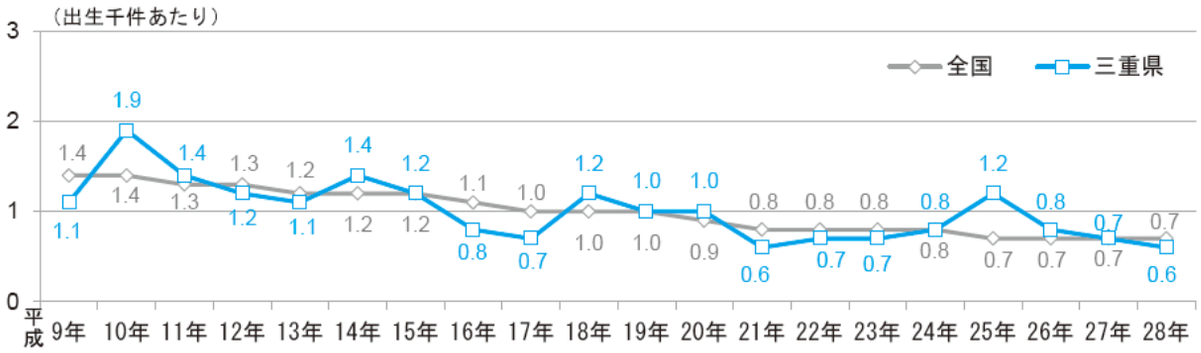


資料：厚生労働省「人口動態調査」（以下同）

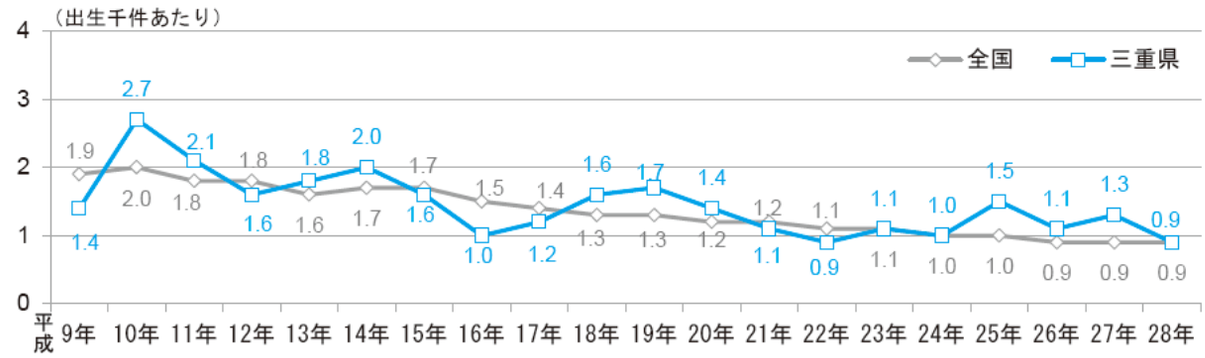
図表5-9-3　妊娠満 22 週以後の死産率の推移



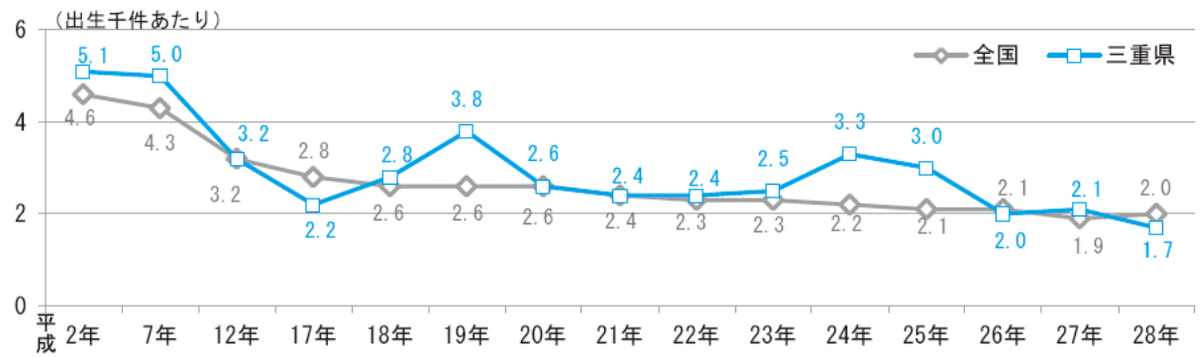
図表5-9-4　早期新生児（生後1週間未満）死亡率の推移



図表5-9-5　新生児（生後4週間未満）死亡率の推移



図表5-9-6　乳児（生後1年未満）死亡率の推移



○ 本県における平成 28（2016）年の周産期の死亡は 75 件あり、分娩数の多い北勢医療圏（桑員区域・三泗区域・鈴亀区域）および中勢伊賀医療圏の津区域での発生件数が多くなっています。同年に急増した妊娠満 22 週以後の死産率に着目すると、北勢医療圏の桑員区域・三泗区域・鈴亀区域、中勢伊賀医療圏の津区域、南勢志摩医療圏の松阪区域で増加しています。

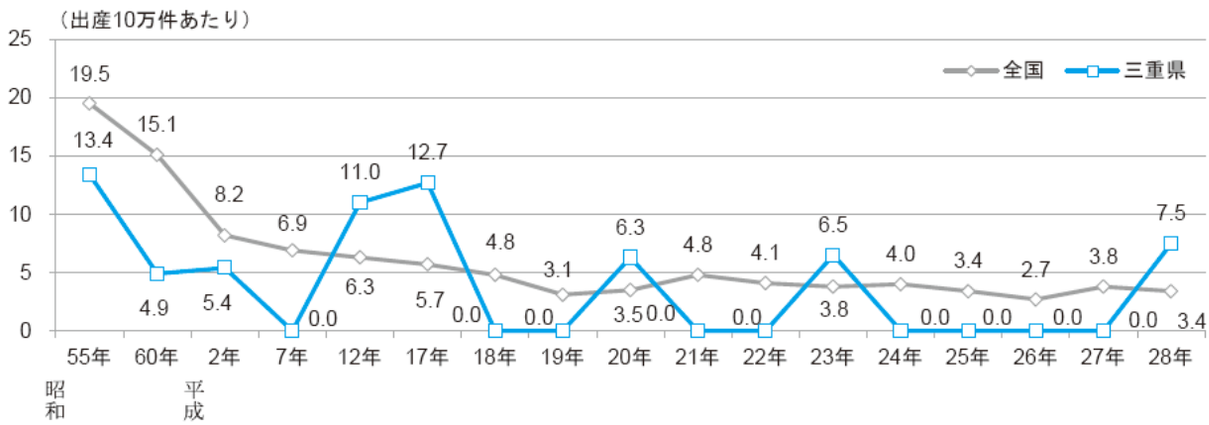
図表5-9-7 周産期死亡率 平成 27 年との比較

二次医療圏・構想区域	周産期死亡数/率				22 週以後の死産数/率				早期新生児死亡数/率			
	平成 28 年		平成 27 年		平成 28 年		平成 27 年		平成 28 年		平成 27 年	
	実数	率	実数	率	実数	率	実数	率	実数	率	実数	率
全 国	3,516	3.6	3,728	3.7	2,840	2.9	3,063	3.0	676	0.7	665	0.7
三重県	75	5.7	53	3.8	67	5.0	43	3.1	8	0.6	10	0.7
北勢医療圏	43	6.3	20	2.9	38	5.6	14	2.2	5	0.7	6	0.9
桑員区域	(9)	(5.3)	(2)	(1.2)	(8)	(4.7)	(2)	(1.2)	(1)	(0.6)		
三泗区域	(22)	(7.0)	(10)	(3.1)	(20)	(6.4)	(8)	(2.5)	(2)	(0.6)	(2)	(0.6)
鈴亀区域	(12)	(6.0)	(8)	(3.9)	(10)	(5.0)	(4)	(2.0)	(2)	(1.0)	(4)	(2.0)
中勢伊賀医療圏	18	6.0	17	5.1	16	5.3	14	4.2	2	0.7	3	0.9
津区域	(12)	(6.5)	(9)	(4.2)	(11)	(5.9)	(8)	(3.7)	(1)	(0.5)	(1)	(0.5)
伊賀区域	(6)	(5.2)	(8)	(6.6)	(5)	(4.3)	(6)	(5.0)	(1)	(0.9)	(2)	(1.7)
南勢志摩医療圏	14	4.6	13	4.0	13	4.3	12	3.7	1	0.3	1	0.3
松阪区域	(9)	(5.6)	(3)	(1.8)	(8)	(5.0)	(3)	(1.8)	(1)	(0.6)		
伊勢志摩区域	(5)	(3.5)	(10)	(6.3)	(5)	(3.5)	(9)	(5.7)			(1)	(0.6)
東紀州医療圏（区域）	0	0.0	3	7.6	0	0.0	3	7.6	0	0.0	0	0.0

資料：厚生労働省「平成 27 年・28 年人口動態調査」

○ 妊産婦死亡率は年によって変動があるようにみえますが、統計上、出産 10 万件あたりで算出されていることによるものです。本県の平成 28（2016）年の妊産婦死亡は１名で、間接産科的死亡（元からの疾患が周産期に悪化したことによる死亡）によるものです[2]。

図表5-9-8 妊産婦死亡率の推移



資料：厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

[2] 厚生労働省「平成 28 年 人口動態調査」

(2) 医療提供体制

○ 本県において分娩を実施している病院は14施設、一般診療所は21施設ですが、平成24(2012)年に比べ、一般診療所は４施設減少しており、分娩ができる医療機関は近年減少しています。なお、県内には分娩施設を有する４か所の助産所があり、病院や診療所と連携しています[3]。

図表5-9-9 地域別分娩実施医療機関数

二次医療圏・構想区域	病　院		診療所		助産所		分娩施設合計	
	施設数	分娩数	施設数	分娩数	施設数	分娩数	施設数	分娩数
全　国	1,055	557,412	1,308	465,180				
三重県	14	6,288	21	7,748	4	255	39	14,291
北勢医療圏	7	3,943	7	2,552	2	222	16	6,717
桑員区域	(3)	(998)	(1)	(527)	(1)	(155)	(5)	(1,680)
三泗区域	(3)	(1,887)	(3)	(1,192)			(6)	(3,079)
鈴亀区域	(1)	(1,058)	(3)	(833)	(1)	(67)	(5)	(1,958)
中勢伊賀医療圏	3	1,562	5	2,264	1	10	9	3,836
津区域	(2)	(1,043)	(3)	(1,566)	(1)	(10)	(6)	(2,619)
伊賀区域	(1)	(519)	(2)	(698)			(3)	(1,217)
南勢志摩医療圏	3	674	8	2,834	1	23	12	3,531
松阪区域	(2)	(438)	(3)	(1,245)			(5)	(1,683)
伊勢志摩区域	(1)	(236)	(5)	(1,589)	(1)	(23)	(7)	(1,848)
東紀州医療圏（区域）	1	109	1	98			2	207

資料：三重県調べ（平成 29 年）、全国の施設数は「平成 26 年 医療施設調査」

○ 周産期医療に係る人的・物的資源を充実させ、高度な医療を適切に供給する体制を整備するため、各都道府県において総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センターおよび、搬送体制等に関する周産期医療体制の整備が進められています。

○ 県内に総合周産期母子医療センターは２か所（市立四日市病院、国立病院機構三重中央医療センター）、地域周産期母子医療センターは３か所（県立総合医療センター、三重大学医学部附属病院、伊勢赤十字病院）設置されており、リスクの高い妊娠に対する医療や高度な新生児医療等が行われていますが、東紀州医療圏に周産期母子医療センターは設置されていません。

○ ５か所の周産期母子医療センターには、平成 29（2017）年９月現在、延べ 43 人の産科医師と 37 人の新生児担当小児科医師、６名の小児外科医師が勤務しています。小児外科医師は小児全体を対象としていること、また、ＮＣＤ*（National Clinical Database）への手術症例登録により専門医を維持する必要があることから、新生児の症例を専門的に担当することが困難な状況となっています。

○ 平成 28（2016）年９月現在、新生児集中治療室（以下、「ＮＩＣＵ*」という。）を有する医療機関は６病院で、計 48 床あります。国の指針では出生１万人に対して 25～30 床必要とされ、本県に必要な病床数は 38～46 床となることから充足していると考えられます。また、

[3] 出典：三重県調査（平成 29 年４月現在）

母体・胎児集中治療室（ＭＦＩＣＵ*）を有する医療機関は３病院で計 15 床、新生児治療回復室（ＧＣＵ*）を有する病院は５病院で計 60 床あり、出生件数あたりの施設数・病床数はいずれも全国平均を上回っています。これらの集中治療室の病床は北勢医療圏（桑員区域・三泗区域）と中勢伊賀医療圏（津区域）に集中しています。

○ 周産期医療を提供する医療機関に関する主要指標は、ほぼ全国平均を上回っていますが、分娩を扱う産科・産婦人科病院数（15 施設、人口 10 万人あたり 0.82 施設、全国平均 0.83 施設）とハイリスク分娩管理加算届出医療機関数（８施設、人口 10 万人あたり 0.4 施設、全国平均 0.6 施設）は全国平均を下回っています。

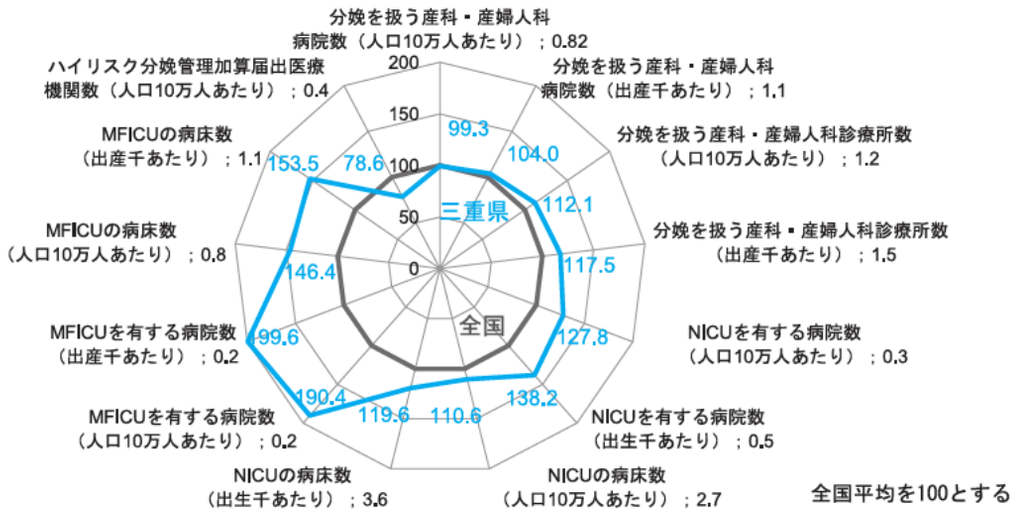
図表5-9-10 新生児集中治療室等を有する病院数と病床数

二次医療圏・構想区域	ＮＩＣＵを有する病院				ＭＦＩＣＵを有する病院				ＧＣＵを有する病院			
	施設数	対出産件数	病床数	対出産件数	施設数	対出産件数	病床数	対出産件数	施設数	対出産件数	病床数	対出産件数
全　国	330	33	3,052	306	110	11	715	70	281	27	3,942	384
三重県	6	45	48	356	3	21	15	107	5	36	60	428
北勢医療圏	3	43	18	260	2	28	9	128	2	28	24	340
桑員区域	(1)	(58)	(3)	(174)								
三泗区域	(2)	(63)	(15)	(472)	(2)	63	(9)	(283)	(2)	(63)	(24)	(756)
鈴亀区域												
中勢伊賀医療圏	2	65	21	685	1	30	6	180	2	60	30	900
津区域	(2)	(106)	(21)	(1,115)	(1)	(48)	(6)	(285)	(2)	(95)	(30)	(1,426)
伊賀区域												
南勢志摩医療圏	1	32	9	290	0	0	0	0	1	31	6	184
松阪区域												
伊勢志摩区域	(1)	(69)	(9)	(620)					(1)	(64)	(6)	(381)
東紀州医療圏（区域）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※対出産件数は出産 10 万件あたり

資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、ＮＩＣＵを有する病院は三重県調査（平成 28 年９月現在）
厚生労働省「平成 26・28 年 人口動態調査」

図表5-9-11　医療機関数に関する主要指標



資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「推計人口」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数については厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」（平成 28 年 3 月 31 日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態および世帯数調査」（平成 28 年 1 月 1 日現在）

○ 本県の人口 10 万人あたりの小児科の医師数は全国平均を下回っていますが、産科・産婦人科医師数については全国平均を上回っています。

○ 出産千件あたりの分娩取扱病院に勤務する産科・産婦人科の医師数は全国平均を下回っていますが、本県では出産の過半を占める分娩取扱診療所に勤務する産科・産婦人科の医師数については、全国平均を上回っています。

○ 産婦人科医、小児科医の年齢構成については、60 歳以上の医師数で見ると、産婦人科医が 40%、小児科医が 32%となっていますが、診療所勤務医では、産婦人科医が 60%、小児科医が 60%となっています[4]。

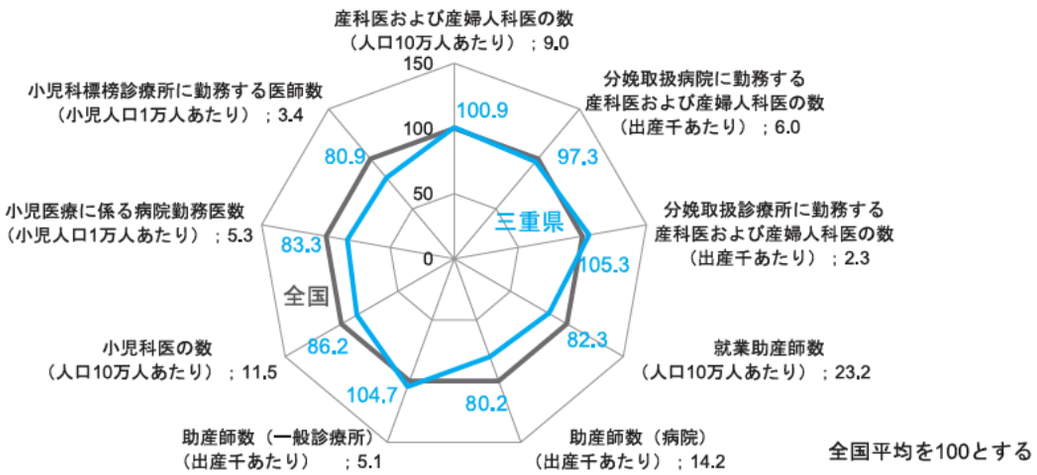
○ 産婦人科、小児科における女性医師の割合は 60 歳未満において産婦人科が 49%、小児科が 27%であり、40 歳未満において産婦人科が 52%、小児科が 36%となっています[5]。

○ 人口 10 万人あたりの就業助産師数は 23.2 人と全国平均 28.2 人を大きく下回っていますが、平成 26（2014）年に比べて増加しています。

[4] 三重県産婦人科医会・三重県小児科医会、三重県調査

[5] 三重県産婦人科医会・三重県小児科医会、三重県調査

図表5-9-12　医師数および助産師数に関する主要指標



※小児科標榜診療所に勤務する医師数は５次改訂時と定義が異なりますが、そのまま掲載しています。

資料：産科・産婦人科医師数および小児科医の数は厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」および総務省「推計人口」（平成28年10月１日現在）、三重県「推計人口」（平成28年10月１日現在）、就業助産師数は三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」（全国数値は、厚生労働省「平成28年衛生行政報告例」の三重県数値を上記数値に置き換えて、独自に算出）、小児科標榜診療所に勤務する医師数は厚 生労働省「平成 26 年 医療施設調査」（個票解析）、その他は厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」

○ 本県の平成 27（2015）年における産科・周産期救急搬送件数は 573 件あり、出産千件あたりでは全国平均より低い水準です（本県 40.3、全国 45.3）。このうち、新生児救急搬送が 218 件でした（他は母体搬送）[6]。

○ 産科・周産期救急搬送件数 573 件のうち、他医療機関への転送が 390 件あり、救急現場からの搬送は 183 件でした。医療機関に受入れの照会を行った回数が４回以上のものは４件、受入れに至らなかったものは 43 件ありました。また、現場滞在時間が 30 分以上であったものは５件ありましたが、構成比はいずれも全国平均を下回っています。

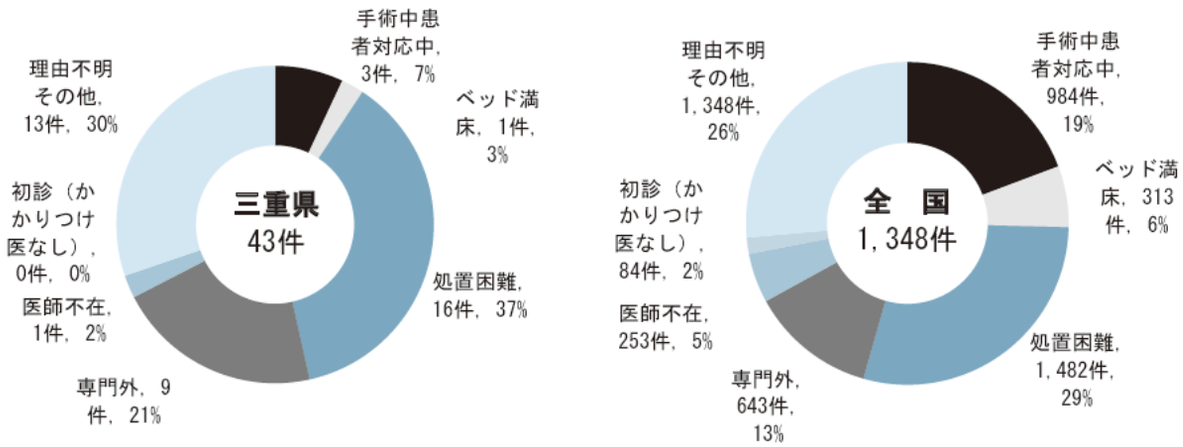
○ 受入困難理由については、本県では処置困難、専門外の割合が相対的に高く、産科、小児科医師の不足が影響していると考えられます。なお、搬送先はほぼ県内医療機関です。

○ 新生児を専門に搬送する三重県新生児ドクターカー（すくすく号）*が総合周産期母子医療センターの三重中央医療センターに配備されており、平成 28（2016）年度には年間 125 件の搬送がありました。

[6] 消防庁「平成 28 年版　救急救助の現況」（平成 27 年実績）

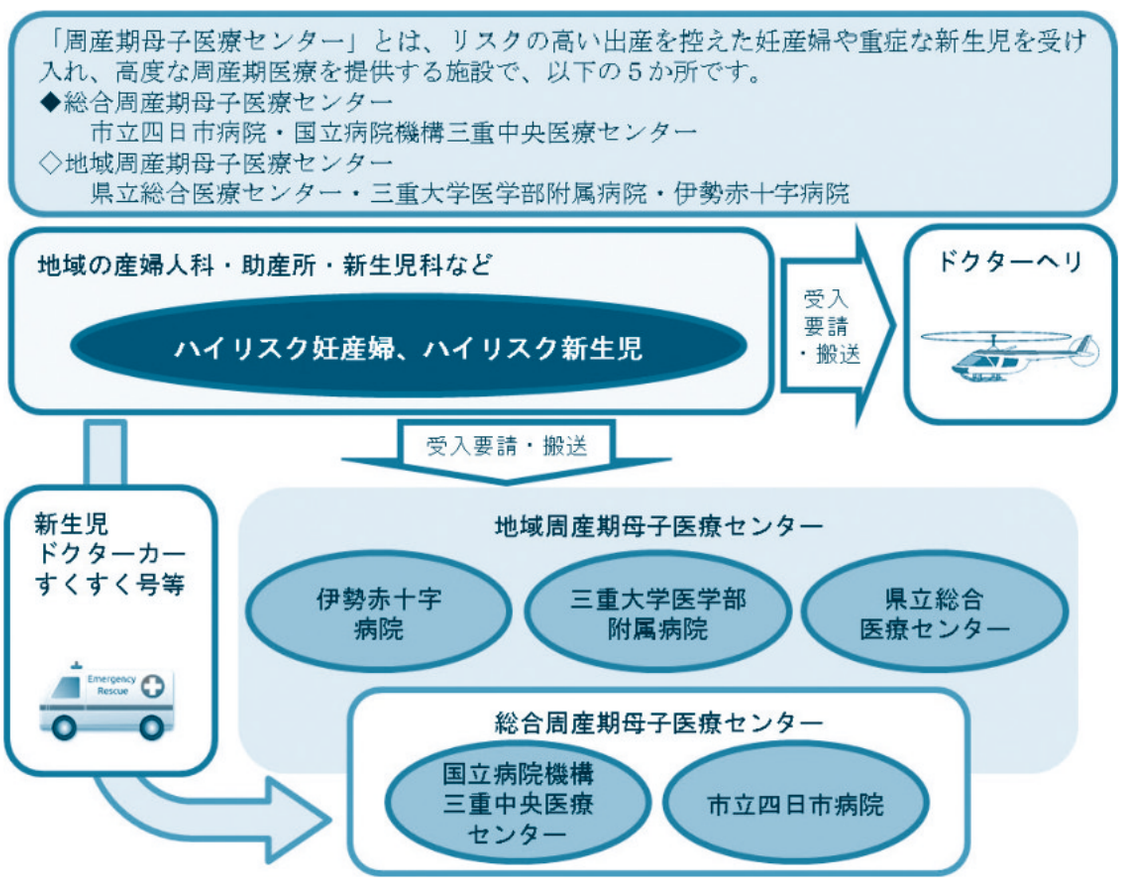
図表5-9-13　母体・新生児の救急搬送件数（上段）と受入困難理由（下段）

	産科・周産期搬送人員	うち転院搬送		転院外搬送	医療機関への照会				現場滞在時間区分			
					医療機関への照会4回以上		受入れに至らなかった事案		30分以上		45分以上	
		件数	構成比	件数	件数	構成比	件数	構成比	件数	構成比	件数	構成比
全　国	40,937	25,903	63.3%	15,034	549	3.7%	1,348	34%	1,194	7.9%	441	2.9%
三重県	573	390	68.1%	183	4	2.2%	43	23%	5	2.7%	3	1.6%



資料：消防庁「平成27年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」

図表5-9-14　周産期の救急搬送

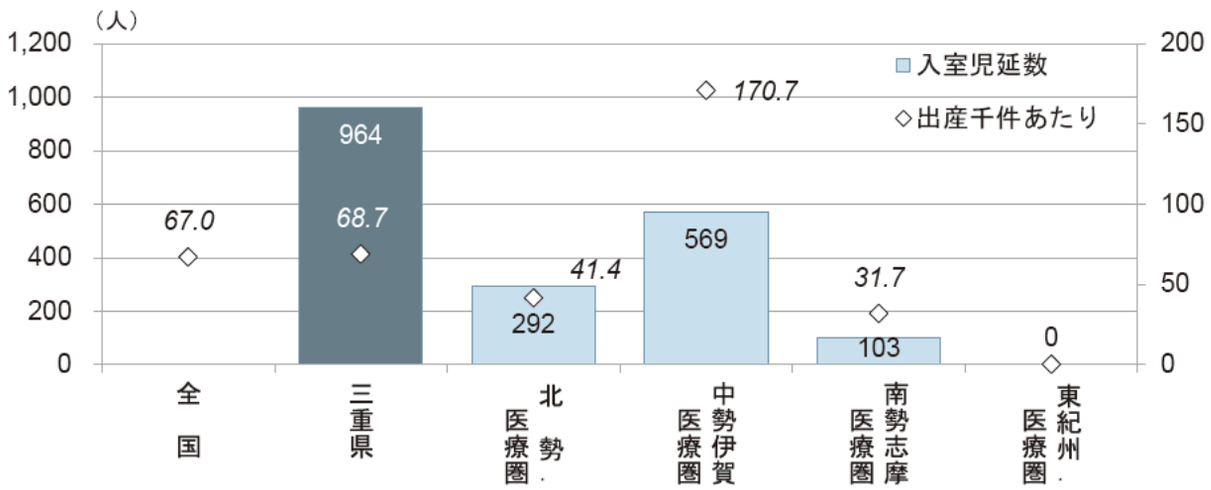


(3) 各地域の現状

① 医療提供体制

○ 本県の出産数あたりの分娩実施医療機関数、ＮＩＣＵ等の周産期集中治療室を有する病院数・病床数は、いずれも国の指針による必要数を上回っています。ＮＩＣＵは北勢医療圏（桑員区域・三泗区域）と中勢伊賀医療圏（津区域）に集中しているため、入室児延数も両医療圏に集中しています。

図表5-9-15 NICUの入室児延数（平成 26 年9月分）

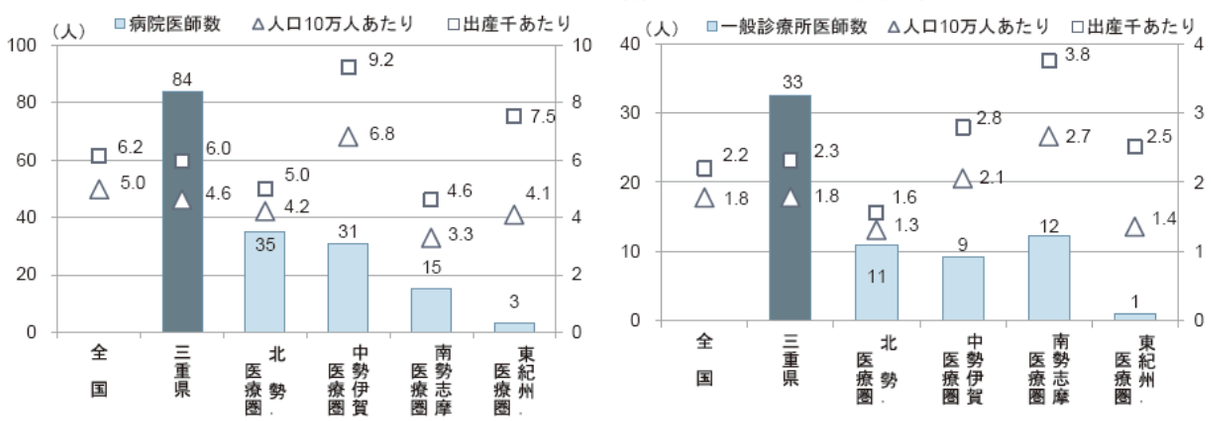


資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、厚生労働省「平成 26 年 人口動態調査」

○ 分娩取扱病院に勤務する産科医・産婦人科医数については、中勢伊賀医療圏を除いて全国平均よりも少ない状況です。分娩数の多い北勢医療圏では病院、診療所ともに産科・産婦人科医数が全国平均を下回っています。

○ 本県では一般診療所での出産が多く、分娩取扱診療所に勤務する人口 10 万人あたりの産科医・産婦人科医数も全国平均と比べて多い状況です。

図表5-9-16 分娩取扱施設に勤務する産科および産婦人科の医師数
（左グラフ：病院、右グラフ：一般診療所）

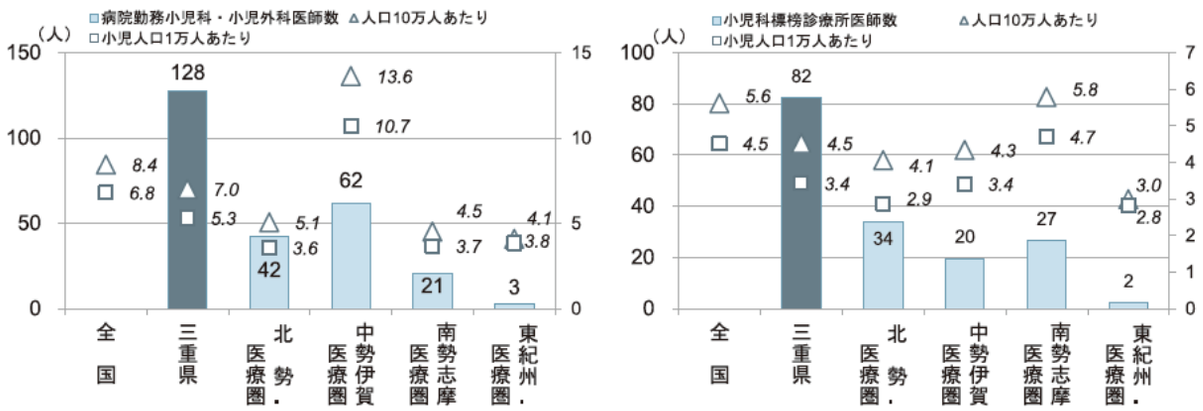


※いずれも常勤換算の人数です。

資料：いずれも厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「推計人口」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、厚生労働省「平成 26 年 人口動態調査」

○ 小児医療に関わる医師数を人口 10 万人あたり、および小児人口 1 万人あたりで比較すると、病院に勤務する小児科および小児外科の医師数は、中勢伊賀医療圏（津区域・伊賀区域）では、両項目とも全国平均を上回っています。南勢志摩医療圏では、病院に勤務する医師は少ないものの小児科標榜診療所に勤務する医師数は全国平均並みです。

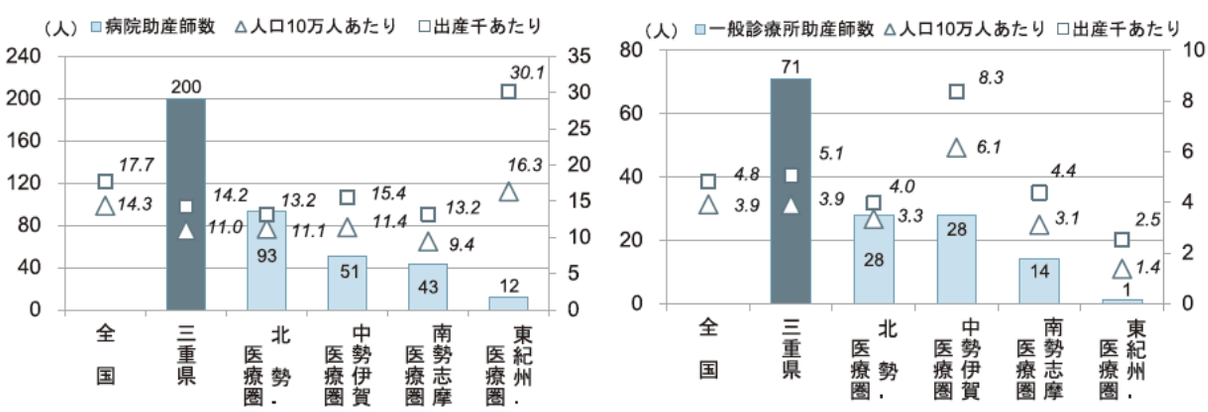
図表5-9-17 病院に勤務する小児科および小児外科の医師数（左グラフ）
小児科標榜診療所に勤務する医師数（右グラフ）



※いずれも常勤換算の人数です。
※小児科標榜診療所の小児科医師数は個票解析が出来ないため未算出。
資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、小児科標榜診療所に勤務する医師数は厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査（個票解析）」、総務省「人口推計」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月 1 日現在）

○ 分娩取扱病院に勤務する助産師数は、全国平均と比較して、東紀州医療圏を除き少ない状況です。
○ 本県では一般診療所での出産が多く、一般診療所に勤務する人口 10 万人あたりの助産師数は、県平均では全国平均より多いものの、中勢伊賀医療圏を除いて少ない状況です。

図表5-9-18 医療機関従事助産師数（左グラフ：病院、右グラフ：一般診療所）



※いずれも常勤換算の人数です。
資料：いずれも厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「推計人口」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、厚生労働省「平成 26 年 人口動態調査」

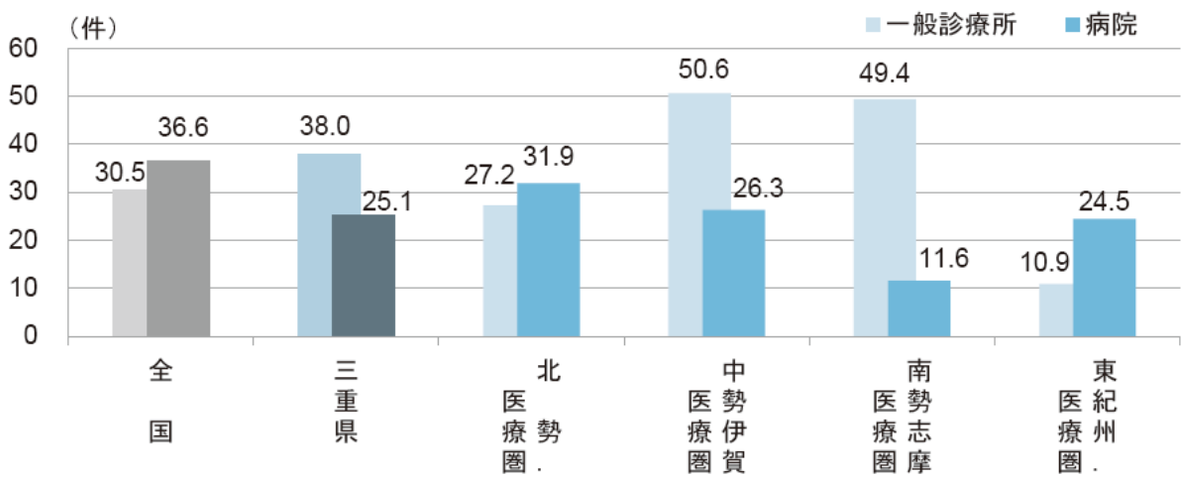
② 分娩

○ 人口 10 万人あたりの分娩数を地域別に見ると、全ての医療圏において、病院の分娩数は全国平均を下回っています。

○ 北勢医療圏および東紀州医療圏においては、病院での分娩数が一般診療所よりも多い状況です。

○ 中勢伊賀医療圏、南勢志摩医療圏においては、一般診療所の分娩数が全国平均を上回っています。

図表5-9-19 分娩数（人口 10 万人あたり）の比較



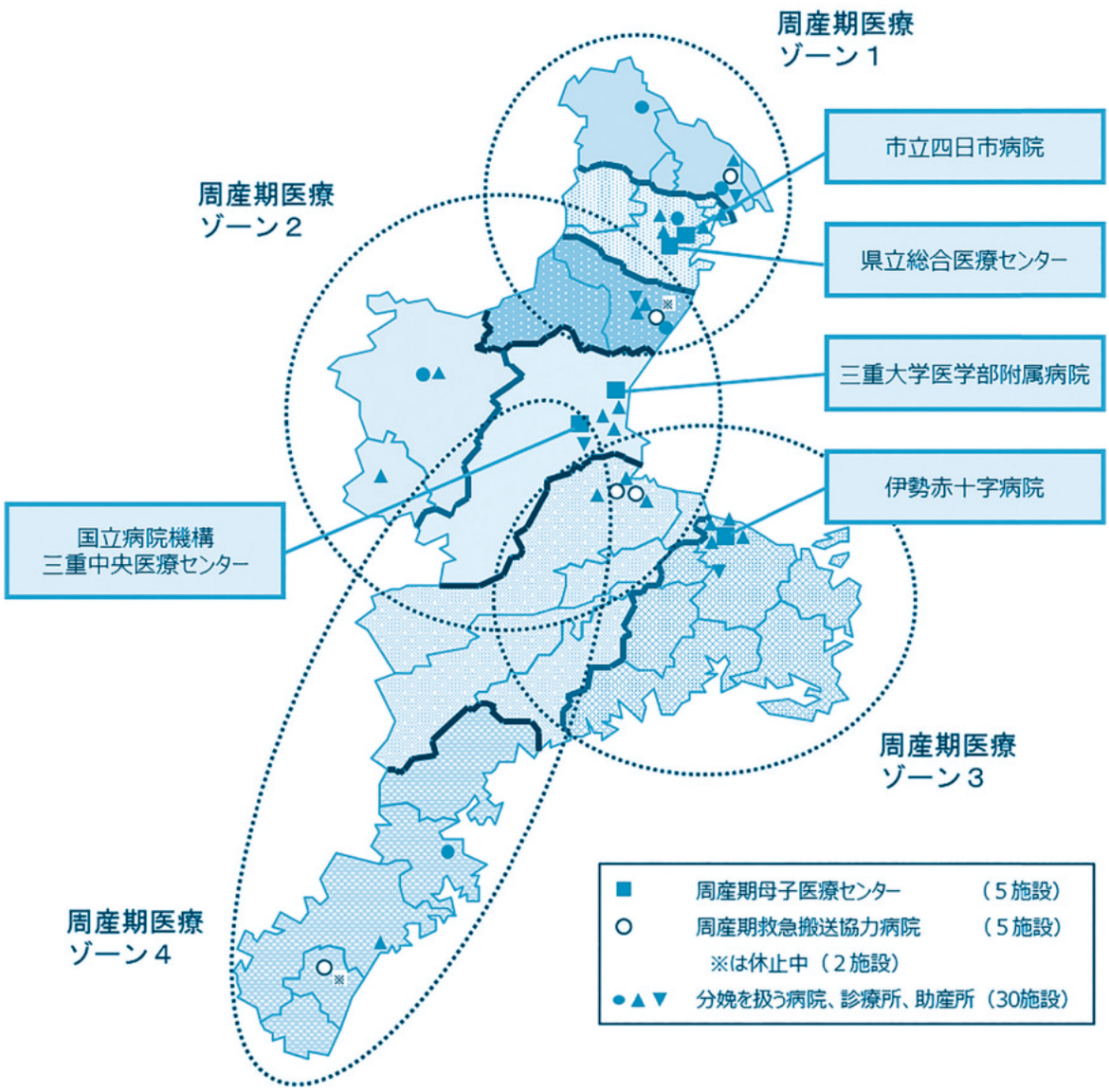
資料：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」、総務省「推計人口」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、厚生労働省「平成 26 年 人口動態調査」

2．圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

○ 県内の周産期医療については、５か所の周産期母子医療センターを中心に、病病連携、病診連携を介したネットワークシステムを構築し、各地域の人口と周産期母子医療センターからの距離に基づいて４つのエリアをつくり、５つのセンターを配置するゾーンディフェンス（エリアを分担して守る）体制とします。

図表5-9-20 県内の周産期医療体制



※平成 29 年 12 月 1 日現在

(2) 各圏域の医療資源と連携の現状

二次医療圏（構想区域）	正常分娩	周産期救急搬送協力病院	周産期に係る高度な医療	母体または子どもにおけるリスクの高い妊娠に対する医療および高度な新生児医療等
			地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター
北勢医療圏（桑員・三泗・鈴亀）	一般病院・診療所・助産所	桑名市総合医療センター（平成 30 年 4 月開院予定） 厚生連鈴鹿中央総合病院（休止中）	県立総合医療センター	市立四日市病院
中勢伊賀医療圏（津・伊賀）			三重大学医学部附属病院	国立病院機構三重中央医療センター
南勢志摩医療圏（松阪・伊勢志摩）		厚生連松阪中央総合病院 済生会松阪総合病院	伊勢赤十字病院	
東紀州医療圏		紀南病院（休止中）		

① 医療連携体制

○ 各周産期母子医療センターの特徴を生かして機能分担を行っています。具体的には、緊急対応を要する妊産婦の脳出血や心筋梗塞、肺塞栓症等に対しては、脳神経外科医や神経内科医、循環器専門医等が対応し、母体救命を行っています。

○ 国立病院機構三重中央医療センターに加えて市立四日市病院を総合周産期母子医療センターに指定し、ＮＩＣＵの充実を図っています。特に国立病院機構三重中央医療センターでは、妊娠 28 週未満の早産症例や前期破水症例、さらには重度子宮内胎児発育遅延の発育停止により妊娠終了しなければならない症例に対する中核病院として、多くの母体搬送に対応しています。

○ 三重大学医学部附属病院では、母体に基礎疾患があるような合併症妊娠の管理や胎児異常症例に対応し、特に子どもの先天異常については出生前から出生後の管理を行う小児科、小児外科、脳神経外科、胸部心臓外科等によるチーム医療を行っています。

② 救急搬送体制

○ 平成 19（2007）年度に三重県周産期医療救急搬送システム体制を整備しました。

○ かかりつけ医のいない妊産婦の救急搬送については、周産期母子医療センターのほか、県内の周産期救急搬送協力病院の協力により、平成 20（2008）年度から運用しています。

③ 産科オープンシステム・セミオープンシステム*の導入

○ 妊婦健康診査は診療所等で実施し、分娩は産科や小児科、ＮＩＣＵなどの設備がある周産期母子医療センターで、診療所等の主治医が周産期母子医療センターの医師と共同診療する産科オープンシステムを、三重大学医学部附属病院、国立病院機構三重中央医療センターおよび伊勢赤十字病院において導入しています。

④ 周産期における災害医療対策

○ 周産期医療においては平時から独自のネットワークが形成されており、災害時にも既存のネットワークを活用することが有効であると考えられることから、平成 28（2016）年度に災害時小児・周産期リエゾンを配置しました。

○ 災害時小児・周産期リエゾンは、災害時に県災害対策本部（保健医療部隊）において災害医療コーディネーターのサポート役として、ネットワークを経由した患者搬送や物資の支援を円滑に行う役割を担うこととしています。

３．課題

○ 周産期医療に従事する産婦人科医師数は改善傾向にあるものの、まだ全国平均を下回っており、また、小児科医、助産師、看護師等も不足していることから、その確保が必要です。
○ 主に分娩を取り扱う診療所の産科医、小児科医が高齢化しており、周産期医療に関わる若手産科医、小児科医の育成が急務です。
○ 周産期医療を充実させるためには、医師数を確保するだけでなく臨床心理士やメディカルエンジニア、ケースワーカーなどのコメディカルも含めて、バランスよく機能する体制が必要です。
○ 産婦人科と小児科に従事する医師は、他の診療科に従事する医師と比べて女性の割合が高いことから、女性医師の出産・子育ての負担を軽減する対策が必要です。
○ 平成 28(2016)年の周産期死亡率が全国ワースト１位となり、周産期医療従事者が不足する中、安心・安全に出産ができる体制を維持するため、ローリスクの出産は診療所、中等度以上のリスクの出産は二次医療機関（周産期救急搬送協力病院）や三次医療機関（周産期母子医療センター）が担当する機能分担をより一層推進することが必要です。あわせて、いったん二次・三次医療機関が担当した場合であっても、症状が安定するなどリスクが一定以上低減した場合は、診療所や助産所へ再度転院するなど、リスクに応じて柔軟に対応できる連携体制が必要です。
○ 北勢医療圏、中勢伊賀医療圏の津区域、南勢志摩医療圏の松阪区域では、死産数（妊娠 22 週以後）が増加しているため、対応が必要です。
○ ローリスクの出産と中等度以上のリスクの出産の機能分担を進めるため、二次・三次医療機関への搬送時間が比較的長い地域においては、周産期医療体制の充実について検討する必要があります。
○ 妊娠の届出をせず、妊婦健康診査を受けない妊婦がみられることから、早期の妊娠届出（妊娠 11 週未満）と妊婦健康診査受診を徹底することが必要です。
○ ＮＩＣＵ、ＧＣＵに長期間、入院している子どもがいることから、後方ベッドの確保、退院後の受入れ施設の確保などを進める必要があります。
○ 東紀州医療圏においては、周産期母子医療センターがなく、産科医や小児科医などの周産期医療従事者も少ないことから、他の医療圏との連携や周産期医療従事者の確保を強化する必要があります。また、地域全体で、健康づくりを推進するとともに産科医療、小児科医療の確保について検討を進める必要があります。
○ 災害時小児・周産期リエゾンについては、制度創設から間がないため、今後、増員する必要があります。

4．めざす姿と施策の展開

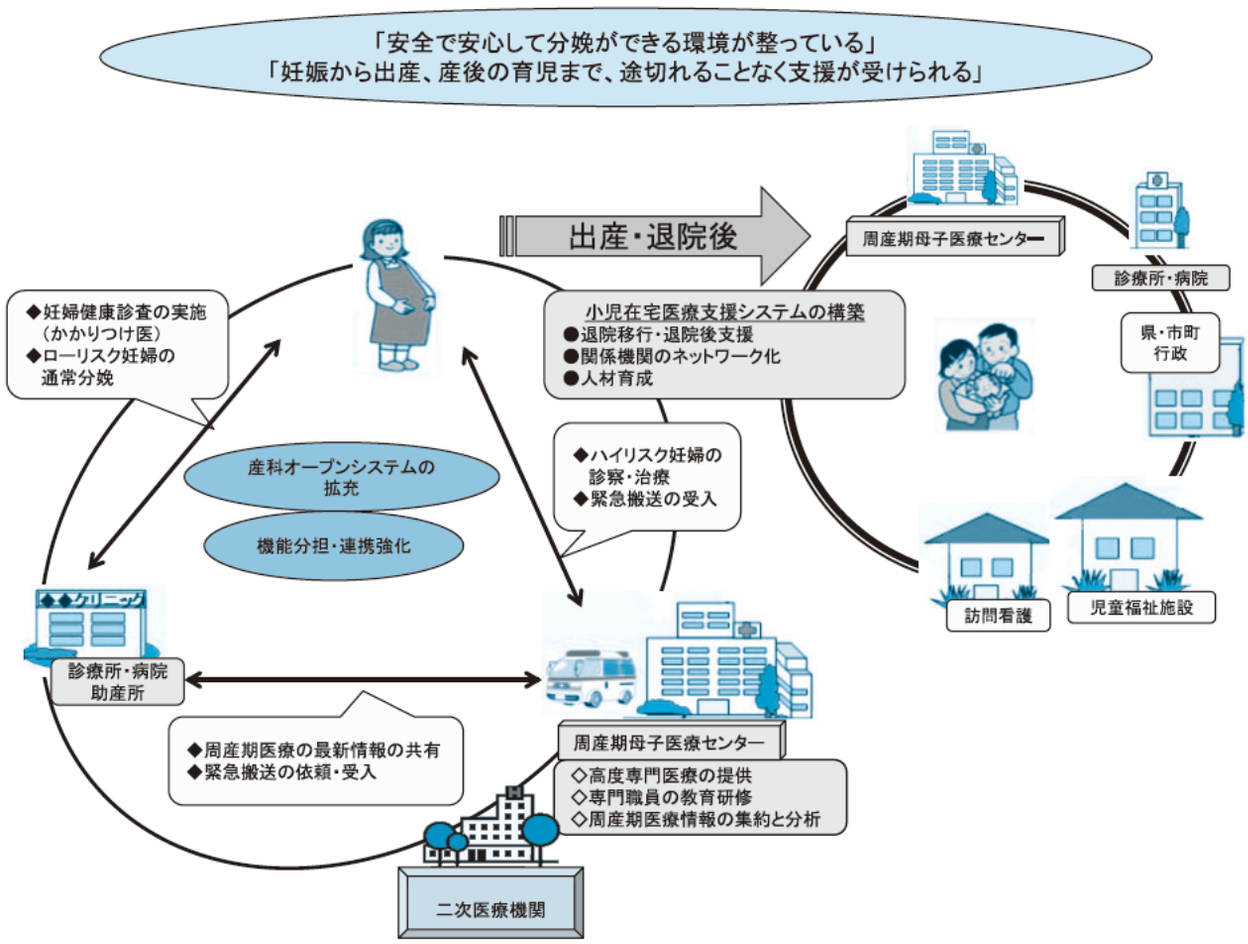
(1) めざす姿

○ 必要な産婦人科医、小児科医、助産師等が確保され、安全で安心して妊娠・出産ができる環境が整っています。

○ リスクの低い出産は地域の産科医療機関・助産所で行い、中等度以上のリスクの出産は二次医療機関（周産期救急搬送協力病院）や三次医療機関（周産期母子医療センター）で行うといった機能分担、連携体制が構築されています。

○ 産婦人科医と小児科医、保健師、助産師、看護師等がセミナーや平時の交流により密接に連携し、妊娠から出産、産後まで途切れることなく適切な対応が行われています。

図表5-9-21三重県周産期医療のめざす姿



(2) 取組方向

取組方向１：周産期医療を担う人材の育成・確保

取組方向２：産科における病院と診療所の適切な機能分担、連携体制の構築

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
妊産婦死亡率 【人口動態調査】	出産※10 万あたりの妊産婦死亡率ゼロを目標とします。 （ ）は実数	目　標 0.0 現　状(H28) 7.5（1人）
周産期死亡率 【人口動態調査】	出産千あたりの周産期死亡率 3.0 以下（平成 28 年全国上位８位相当）を目標とします。 （ ）は平成 28 年の順位	目　標 3.0 現　状(H28) 5.7（47 位）
うち死産率（22 週以後）	出産千あたりの 22 週以後の死産率 2.4 以下（平成 28 年全国上位８位相当）を目標とします。 （ ）は平成 28 年の順位	目　標 2.4 現　状(H28) 5.0（47 位）
うち早期新生児死亡率	出産千あたりの早期新生児死亡率が現状維持の 0.6 であることを目標とします。 （ ）は平成 28 年の順位	目　標 0.6 現　状(H28) 0.6（17 位）

※　出産数＝出生数＋妊娠 22 週以後の死産数

【　２年ごとに確認する目標　】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
産科・産婦人科医師数 【医師・歯科医師・薬剤師調査】	出産１万あたりの産科・産婦人科医師数が 129 人以上となることを目標とします。 （ ）内は実数	目　標 129 人（180 人） 現　状(H28) 121 人（163 人）
病院勤務小児科医師数 【医療施設調査】	小児人口１万人あたりの病院勤務小児科医師数が全国平均以上となることを目標とします。 （ ）内は実数	目　標 6.6 人（159 人） 現　状(H28) 5.3 人（128 人）
就業助産師数 【衛生行政報告例】 ※現状値については、三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」	人口 10 万人あたりの就業助産師数が全国平均以上となることを目標とします。 （ ）内は実数	目　標 28.2 人（510 人） 現　状(H28) 23.2 人（420 人）

（4）取組内容

取組方向１：周産期医療を担う人材の育成・確保

○ 医師修学資金貸与制度の運用等により、産婦人科医や小児科医等、専門医の育成・確保を進めるため、具体的な策を検討していくとともに、助産師等の周産期医療を担う専門性の高い人材の育成と確保を進めます。（医療機関、医療関係団体、県）

○ 周産期母子医療センターの医師が、産婦人科医の確保が困難な産科医療機関へ応援診療を行う取組を進めます。（医療機関、三重大学、県）

○ 子育て中の医師や看護職員等が意欲を持って働き続けることができるよう、病院内保育所の整備や短時間正規雇用制度の導入等、勤務環境や待遇面の改善を進めます。（医療機関、医療関係団体、県）

○ 臨床現場から離れている医師や助産師等の復職を支援するために、就業につながる情報提供の充実や就業支援の取組を進めます。（医療機関、関係団体、県）

○ 三重大学医学部や県立看護大学における教育体制を充実・強化することで、県内の地域医療を担う人材の育成を進めます。（三重大学、県立看護大学、専門学校、市町、県）

○ 医学生、研修医等が産婦人科医や小児科医を志望するよう、教育研修体制を充実させるとともに、助産師の医療機関への定着を促進するための卒後研修体制の構築に取り組みます。（医療機関、三重大学、県）

○ 周産期医療体制を充実させるため、臨床心理士やメディカルエンジニアなどのコメディカルの充実を図ります。（周産期母子医療センター）

○ 周産期医療に係る資源が相対的に不足している周産期医療ゾーン２にある伊賀区域や周産期医療ゾーン４にある東紀州医療圏においては、周産期医療体制の整備について検討を行います。（医療機関、三重大学、市町、県）

○ 国の研修制度を活用し、災害時小児・周産期リエゾンを増員していきます。（医療機関、三重大学、県）

取組方向２：産科における病院と診療所の適切な機能分担、連携体制の構築

○ 周産期医療ゾーン２にある伊賀区域には、二次・三次医療機関までの距離が比較的遠い地域があるため、分娩に係るローリスクと中等度以上のリスクの機能分担を円滑に行うことが困難であることをふまえ、周産期医療体制のあり方について検討を行います。（医療機関、三重大学、市、県）

○ 「チームによる周産期医療」を円滑に行う体制を構築するため、基幹病院の小児科・産婦人科とその他周産期医療に関わる医療機関の連携強化に取り組みます。具体的には、症例検討会の開催による死産、新生児死亡症例の検証や、セミナーの開催等により周産期医療ネットワークシステムのさらなる充実を図るとともに、医師、助産師、看護師等関係者が一堂に会するセミナー等を開催します。（医療機関、医療関係団体、周産期母子医療センター、県）

○ 周産期医療ゾーン１にある桑員区域においては依然として県外搬送が多い状況にあるため、医師、助産師、看護師等のさらなる充実を図り、桑名市総合医療センターに新設したＮＩＣＵの有効活用を図ります。（医療機関、三重大学、市、県）

○ 診療所医師と高度専門医療機関医師とが共同診療できる産科オープンシステムを活用し、

一般診療所と三次医療機関の連携を深めます。（医療機関、三重大学、国立病院機構三重中央医療センター、伊勢赤十字病院、県）

○ 国立病院機構三重中央医療センター、三重大学医学部附属病院を拠点として、県内の周産期医療情報の収集と分析、周産期医療関係者への研修等を実施します。（三重大学、国立病院機構三重中央医療センター、県）

○ 母体および新生児の搬送が安全かつ円滑に行われるよう、三重県新生児ドクターカー（すくすく号）の運用も含め、関係機関の連携を密にする機会を設け、搬送体制について検討し、新生児の死亡率のさらなる減少を図ります。（医療機関、周産期母子医療センター、消防機関、県）

○ 周産期医療の取組にとどまらず、地域において妊娠出産から子育て期まで切れ目のない支援が行われるよう、関係各機関との連携を図ります。（医療機関、三重大学、各関係団体、市町、県）

第１０節｜小児救急を含む小児医療対策

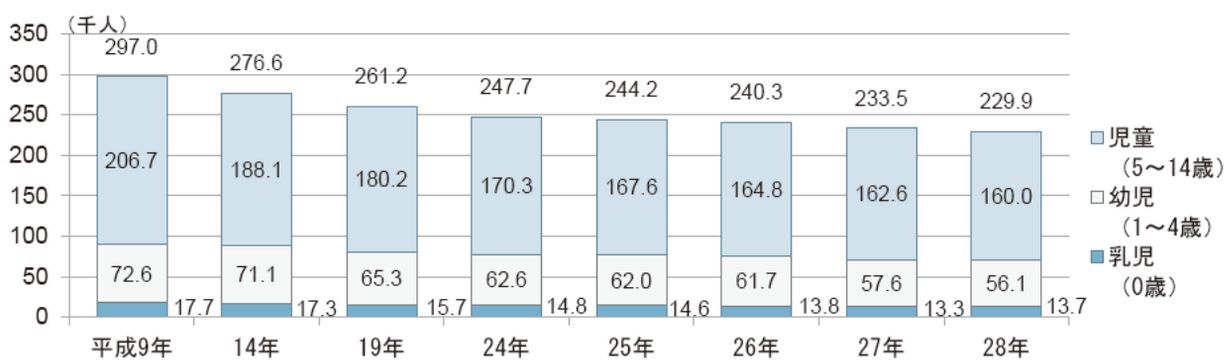
１．小児医療の現状

（1）小児患者の概況

○ 小児医療は、一般的に０歳児から中学生頃までを対象とする非常に多岐にわたる分野です。疾病等の内容も急性から慢性疾患、さらに症状の程度も軽いものから難病と呼ばれるものまで幅広く、それぞれの疾患に対して適切な医療を受けられる体制が必要です。

○ 平成 28（2016）年人口動態調査によると、本県の出生率（人口千人あたり）は 7.4（全国 7.8）と平成 18（2006）年の 8.6（全国 8.7）から減少傾向にあります。また、本県の子どもの数は、平成９（1997）年から平成 28（2016）年にかけて６万７千人、率にして 23%減少しました。少子化の影響により、乳児（０歳）、幼児（１歳から４歳）、児童（５歳から 14 歳）ともほぼ同率で減少しています。

図表5-10-1　三重県の小児人口の推移

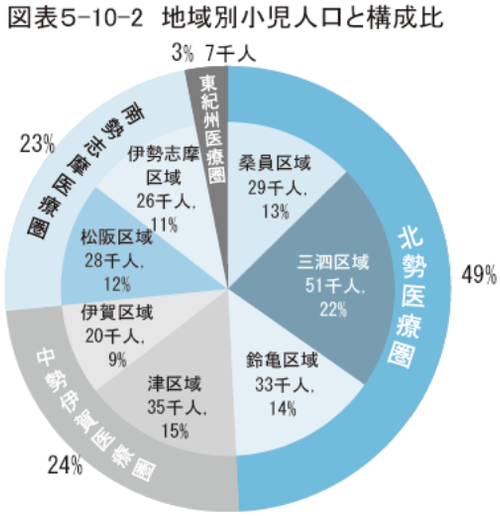


資料：三重県「月別人口調査」（各年 10 月１日現在）

○ 本県の平成 28（2016）年 10 月現在の小児人口 23 万人弱のうち 49%が北勢医療圏に集中し、中でも三泗区域が全県の 22%を占めています。また、北勢医療圏は、乳児人口の 51%を占めています。

○ 平成 28 (2016) 年の本県における周産期死亡率（出産千件あたり）は 5.7（全国 3.6）、新生児死亡率*（出生千件あたり）は 0.9（全国 0.9）となっています[1]。

図表5-10-2　地域別小児人口と構成比

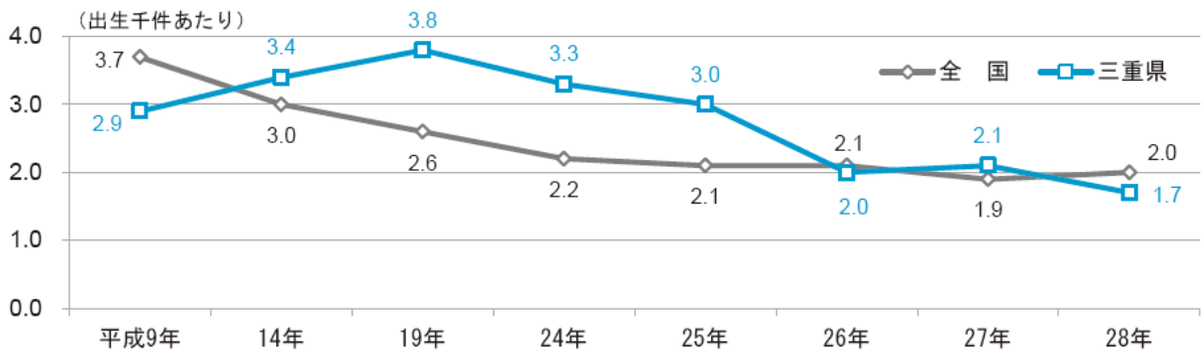


資料：三重県「月別人口調査」
（平成 28 年 10 月１日現在）

[1] 出典：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」

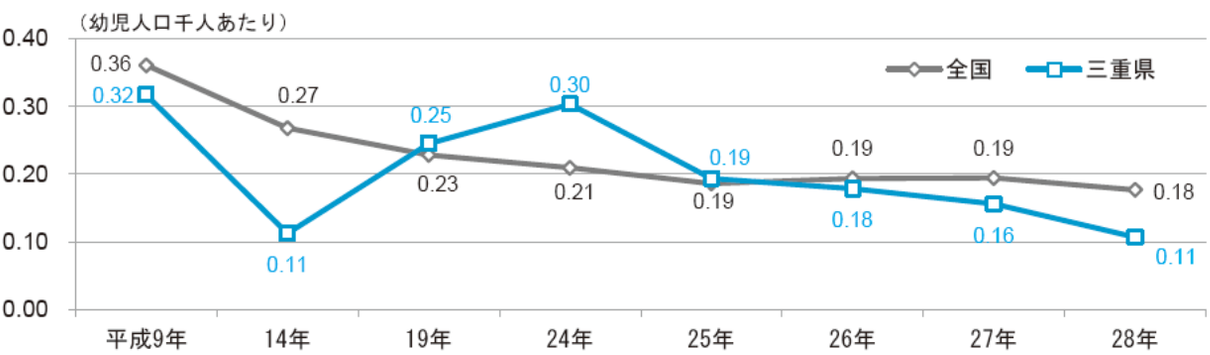
○ 乳児死亡率（出生千人あたり）、幼児死亡率（幼児人口千人あたり）は、長期的に減少していますが、児童死亡率（児童人口千人あたり）は漸増しており、平成 28（2016）年は全国平均を上回っています。同年は、乳児死亡率 1.7（乳児死亡者 22 人）、幼児死亡率 0.11（幼児死亡者 6 人）、児童死亡率 0.1（児童死亡者 16 人）となっています。

図表5-10-3　乳児（0歳）死亡率の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」

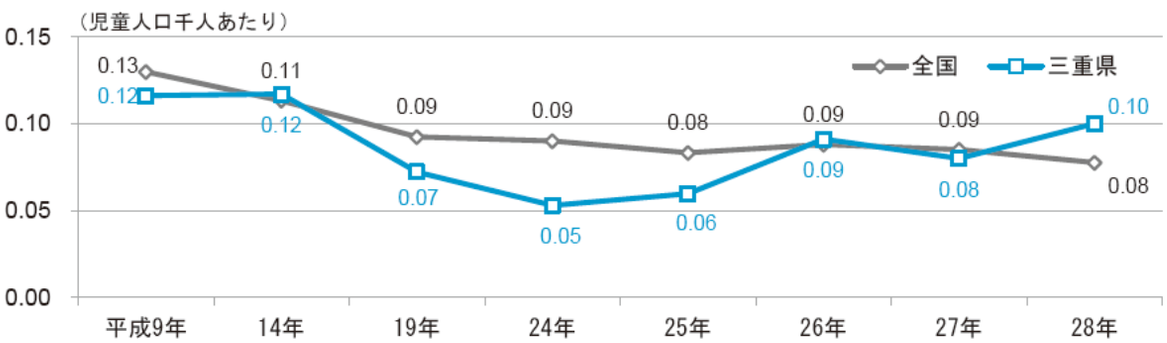
図表5-10-4　幼児（1歳から4歳）死亡率



※ 死亡率算出に用いた人口は、全国は日本人に限りますが、三重県は住民票を登録している外国人を含みます。このため、三重県の死亡率は全国に比べて下２桁の数値が１～２ポイント低く表示されています。

資料：厚生労働省「人口動態調査」、三重県「月別人口調査」（各年 10 月 1 日現在）

図表5-10-5　児童（5歳から 14 歳）死亡率



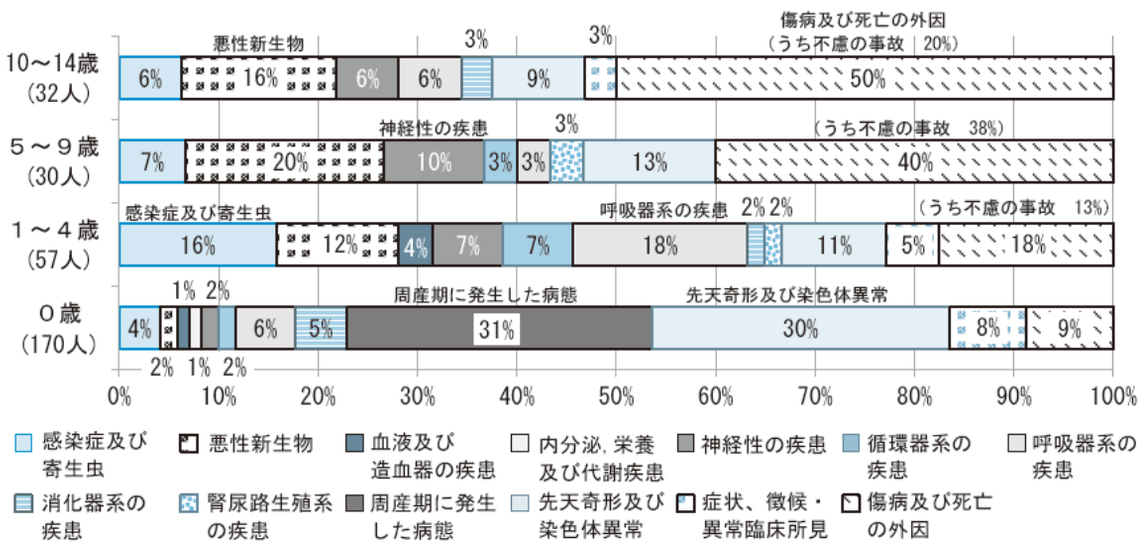
資料：同上

○ 本県における平成 24（2012）年から平成 28（2016）年の直近５年間の主な死因は、乳児（５年間で 170 人死亡）では「周産期に発生した病態」（31%）、心臓の先天奇形等の「先天奇形及び染色体異常」（30%）が過半を占めます。幼児は肺炎等の「呼吸器系の疾患」や敗血症等の「感染症及び寄生虫」が多いなどの特徴もありますが、成長するにつれ不慮の事故等の「傷病及び死亡の外因」が増えます。

○ 直近５年間の構想区域別小児死亡率は、０歳では三泗区域（3.0%）が、１～４歳は鈴亀区域（0.27%）、５～９歳および 10～14 歳は東紀州区域（それぞれ 0.16%、0.26%）が高くなっています。また、全体として、年長になるにつれ死亡率が低くなる傾向があります。

○ また、全国の乳幼児の 87%は医療機関で、11%は自宅で亡くなっています。児童はそれぞれ 81%、15%で、屋外等のその他が５%とやや高くなります。児童に多い不慮の事故の場合も、医療機関か自宅で亡くなることが大半で、屋外等のその他は１割程度です[2]。

図表5-10-6　県内における小児の死因



資料：厚生労働省「平成 24～28 年　人口動態調査」

図表5-10-7　構想区域別の小児死亡数・死亡率

	０歳		１～４歳		５～９歳		10～14 歳	
	死亡数	死亡率（人口千対）	死亡数	死亡率（人口千対）	死亡数	死亡率（人口千対）	死亡数	死亡率（人口千対）
桑　員	16	1.8	6	0.16	4	0.08	2	0.04
三　泗	49	3.0	12	0.18	4	0.05	3	0.03
鈴　亀	24	2.3	12	0.27	4	0.07	1	0.02
津	18	1.7	7	0.15	8	0.13	4	0.06
伊　賀	15	2.4	6	0.22	4	0.11	1	0.03
松　阪	23	2.8	9	0.25	0	0.00	9	0.18
伊勢志摩	20	2.6	4	0.12	4	0.09	8	0.15
東紀州	5	2.6	1	0.11	2	0.16	4	0.26

資料：同上

[2] 出典：厚生労働省「平成 28 年　人口動態調査」

○ 本県の平成 26（2014）年 10 月の１日あたりの小児患者数（０歳から 15 歳未満）は、入院 0.4 千人、外来 10.8 千人と推計されます。小児人口千人あたりでは、入院は全国と同水準、外来は２割弱多い水準であり、特に伊賀・桑員区域の外来受療率が高い状況です。

○ また、入院患者の容態は、生命に危険がある患者（重篤）が 14.8%、生命の危険はないが入院治療を要する患者（重症）が 77.8%、受入れ条件が整えば退院可能な患者（中症）が 4.8%の分布でした。なお、小児の外来患者は軽症の割合が高いことが特徴です。

○ 小児患者の時間外外来受診料を算定した小児人口 10 万人あたりの医療機関数は 209 施設で、算定回数は 17,237 件となっています。中勢伊賀医療圏において算定した医療機関数は 175 施設であり、全国平均をやや下回る一方、算定回数は 25,428 件と大きく上回っており、１施設あたりの算定件数が多い状況です。

図表5-10-8　推計小児患者数

（単位：人、%）

二次医療圏・構想区域	小児人口千人あたり小児患者		入院患者の容態別割合			
	入院	外来	重篤	重症	中症	その他
全　国	1.7	37.8	5.8	75.1	6.4	12.7
三重県	1.7	44.9	14.8	77.8	4.8	2.7
北勢医療圏	1.9	50.1	23.7	73.5	2.8	0.0
桑員区域	1.6	66.7	7.2	92.8	0.0	0.0
三泗区域	2.2	38.0	22.8	73.6	3.6	0.0
鈴亀区域	1.6	53.7	79.6	20.4	0.0	0.0
中勢伊賀医療圏	1.1	36.3	9.6	77.7	8.0	4.8
津区域	1.2	14.5	9.7	77.4	8.1	4.8
伊賀区域	0.8	72.8	0.0	100.0	0.0	0.0
南勢志摩医療圏	1.4	47.2	0.0	94.9	0.0	5.1
松阪区域	1.7	38.7	0.0	83.2	0.0	16.8
伊勢志摩区域	1.2	56.2	0.0	100.0	0.0	0.0
東紀州医療圏	0.5	14.0	0.0	0.0	0.0	0.0

※入院患者数は患者住所地で、外来患者数は患者住所地不明のため、医療機関所在地で集計しています。
※入院患者の容態別の「その他」は検査入院等の意味です。10 月のある１日の患者の容態であり、地域の患者全体の容態を表しているわけではありません。　　資料：厚生労働省「平成 26 年　患者調査（個票解析）」

図表5-10-9　小児患者の時間外外来受診回数（0 歳～14 歳）

（単位：件）

二次医療圏	算定回数		医療機関数	
	実　数	小児人口 10 万人あたり	実　数	小児人口 10 万人あたり
全　国	3,101,684	19,451	28,336	178
三重県	40,253	17,237	489	209
北勢医療圏	15,707	13,707	245	214
中勢伊賀医療圏	14,363	25,428	99	175
南勢志摩医療圏	9,496	17,262	126	229
東紀州医療圏	687	9,241	19	256

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「平成 27 年 国勢調査」（平成 27 年 10 月１日現在）

(2) 小児医療の提供体制

○ 平成 26（2014）年の医療施設調査では、本県において小児科を標榜している医療機関（精神科病院を除く）は 41 病院、72 診療所であり、全国と同様に年々減少しています。小児人口 10 万人あたりでは、病院は全国平均をやや上回っていますが、診療所はやや下回っています。

○ 同調査では、小児外科を標榜している病院は津の２病院のみであり、小児人口 10 万人あたりの病院数は、全国の 2.2 に対して本県は 0.8 と４割程度の水準です。

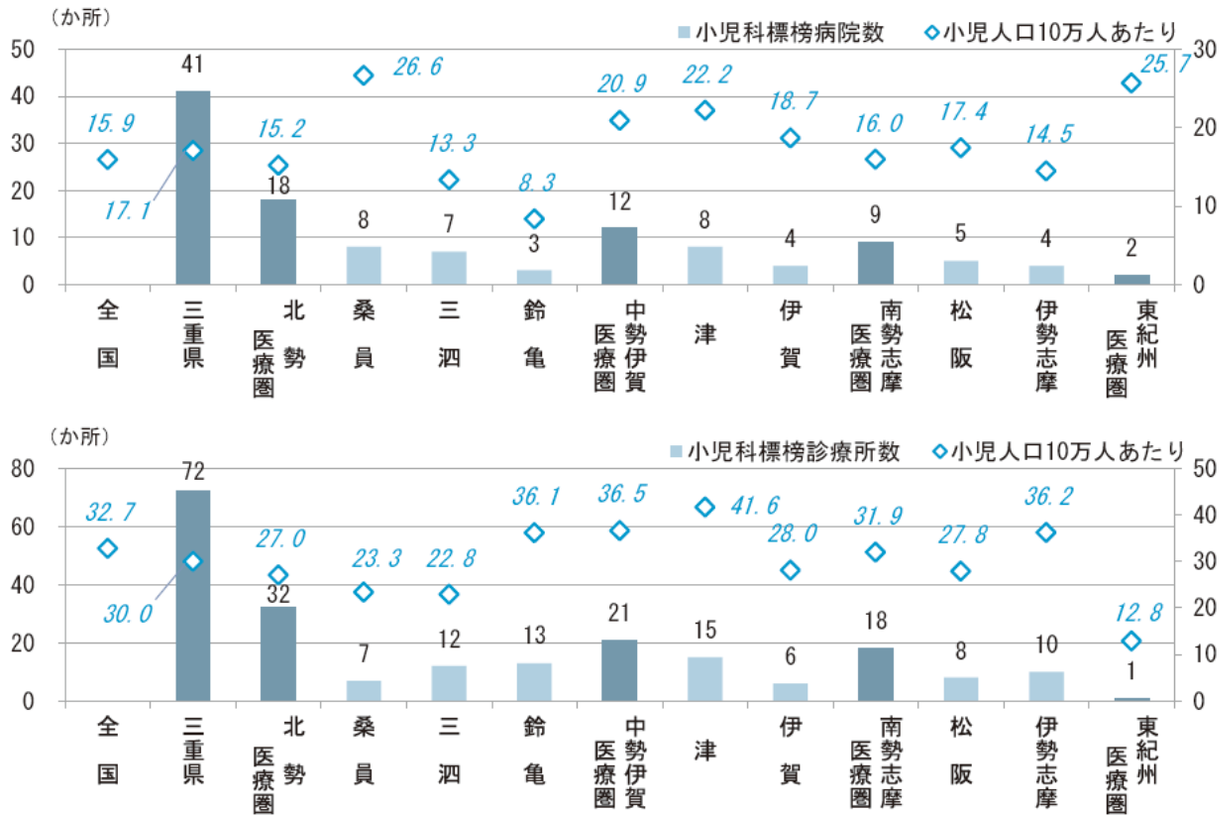
○ また、同調査では、本県において小児歯科を標榜する歯科診療所数は 595 診療所で、小児人口 10 万人あたりでは 247.6（全国 253.1）と全国平均をやや下回っていますが、一般歯科診療所においても小児に対する治療が可能となっています。

○ 小児入院患者のための設備や人員が配置され、一定数以上の小児救急患者等の受入れ実績がある病院が算定できる小児入院医療管理料を算定している病院は県内に９病院、301 床ありますが、小児人口 10 万人あたりでは全国平均を下回っています。

○ リスクの高い妊産婦の医療および高度な新生児医療を担う周産期母子医療センターは、県内に５施設設置されています。また、平成 29（2017）年９月現在、新生児特定集中治療室（ＮＩＣＵ）は６施設に 48 床あり、国の指針による必要数と出産件数あたりの全国平均を上回っていますが、中勢伊賀医療圏に集中しているため、他地域では全国平均を下回っています。なお、東紀州医療圏には整備されておらず、他の医療圏において対応しています。

○ また、ＮＩＣＵと母体・胎児集中治療室（ＭＦＩＣＵ）を備えた総合周産期母子医療センターとして国立病院機構三重中央医療センターおよび市立四日市病院が指定されており、三重中央医療センターには、新生児の救急搬送を担う三重県新生児ドクターカー（すくすく号）が配備されています。

図表5-10-10　小児科を標榜する病院数（上段）と診療所数（下段）



資料：厚生労働省「平成26年 医療施設調査（個票解析）」（平成26年10月１日現在）、総務省「人口推計」（平成26年10月１日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月１日現在）

図表5-10-11　小児歯科を標榜する歯科診療所数

（単位：か所）

	小児歯科標榜診療所数	小児人口10万人あたり
全　国	42,627	253.1
三重県	595	247.6

資料：厚生労働省「平成26年 医療施設調査」（平成26年10月１日現在）、総務省「人口推計」（平成26年10月１日現在）、三重県「月別人口調査」（平成26年10月１日現在）

図表5-10-12　小児入院医療管理料を算定している病院数（上段）と病床数（下段）

（単位：か所）

二次医療圏・構想区域	小児入院医療管理料１		小児入院医療管理料２		小児入院医療管理料３		小児入院医療管理料４		小児入院医療管理料５		合計	
	病院数	指数	病院数	指数	病院数	指数	病院数	指数	病院数	指数	病院数	指数
全国	66	0.4	180	1.1	106	0.7	368	2.3	131	0.8	851	5.4
三重県	0	0.0	4	1.7	0	0.0	4	1.7	1	0.4	9	3.9
北勢医療圏	0	0.0	2	1.8	0	0.0	1	0.9	0	0.0	3	2.7
桑員区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
三泗区域	0	0.0	2	3.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.9
鈴亀区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.0	0	0.0	1	3.0
中勢伊賀医療圏	0	0.0	1	1.8	0	0.0	2	3.6	1	1.8	4	7.2
津区域	0	0.0	1	2.8	0	0.0	2	5.7	1	2.8	4	11.3
伊賀区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
南勢志摩医療圏	0	0.0	1	1.9	0	0.0	1	1.9	0	0.0	2	3.7
松阪区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.6	0	0.0	1	3.6
伊勢志摩区域	0	0.0	1	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.8
東紀州医療圏	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

（単位：床）

二次医療圏・構想区域	小児入院医療管理料１		小児入院医療管理料２		小児入院医療管理料３		小児入院医療管理料４		小児入院医療管理料５		合計	
	病床数	指数	病床数	指数	病床数	指数	病床数	指数	病床数	指数	病床数	指数
全国	5,699	36.1	9,028	57.2	5,099	32.3	12,386	78.5	22,245	141.0	54,457	345.1
三重県	0	0.0	133	57.9	0	0.0	88	38.3	80	34.8	301	130.9
北勢医療圏	0	0.0	50	44.2	0	0.0	27	23.9	0	0.0	77	68.1
桑員区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
三泗区域	0	0.0	50	98.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	50	98.3
鈴亀区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	27	81.2	0	0.0	27	81.2
中勢伊賀医療圏	0	0.0	60	107.8	0	0.0	24	43.1	80	143.7	164	294.6
津区域	0	0.0	60	170.1	0	0.0	24	68.0	80	226.8	164	464.9
伊賀区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
南勢志摩医療圏	0	0.0	23	42.7	0	0.0	37	68.6	0	0.0	60	111.3
松阪区域	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37	133.7	0	0.0	37	133.7
伊勢志摩区域	0	0.0	23	87.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	23	87.7
東紀州医療圏	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

※表中の「指数」は小児人口 10 万人あたり。

※小児入院管理料は小児科常勤医がいて、複数の夜勤看護師がいる等、一般的な小児病棟より人員配置が厚い病院が算定できる基準です。小児医療管理料１が最も高度な小児医療を提供する病院で、小児科常勤医 20 人以上、６歳未満の手術年 200 件以上、小児緊急入院患者年 800 件以上等の基準を満たす病院です。（管理料２～５の配置が必要な常勤小児科医師数　管理料２：９名以上、管理料３：５名以上、管理料４：３名以上、管理料５：１名以上）

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成 28 年３月 31 日）、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月１日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月１日現在）

○ 平成 28（2016）年末の本県の小児科の医師数は 208 人で、15 歳未満の小児人口 10 万人あたり 90.5 人と全国平均を下回っています。

○ 小児外科医は 11 人で、全国平均に比べてやや少ない状況にあります。

○ 平成 28（2016）年における小児人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数は、小児科標榜

診療所に勤務する医師数 38.3 人（全国平均 41.7 人）、小児医療に係る病院勤務医数 52.2 人（全国平均 65.6 人）で、いずれも全国平均を下回っています。

○ 近年の医師数としては、医学部定員の増員により全国的に増加傾向にあり、本県においても過去 10 年間の医師数は増加しています。しかし、小児科医は平成 18（2006）年から平成 28（2016）年にかけて全国で 15%増えたのに対し、本県は７%増にとどまっています。さらに、小児科標榜診療所に勤務する小児科医の高齢化が進んでおり、全体の 60%が 60 歳以上となっています。

図表5-10-13　構想区域別小児科医師数

（単位：人）

	全国	三重県	桑員区域	三泗区域	鈴亀区域	津区域	伊賀区域	松阪区域	伊勢志摩区域	東紀州区域
小児科医師数	16,937	208	13	40	16	76	14	18	26	5
小児人口 10 万人あたり	107.3	90.5	44.8	78.6	48.1	215.4	68.7	65.0	99.2	69.9
人口 10 万人あたり	13.3	11.5	6.0	10.6	6.5	27.3	8.3	8.2	11.2	7.1

資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 28 年 12 月 31 日現在）、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

図表5-10-14　小児医療に係る病院・診療所勤務医師数（小児科・小児外科）

（単位：人）

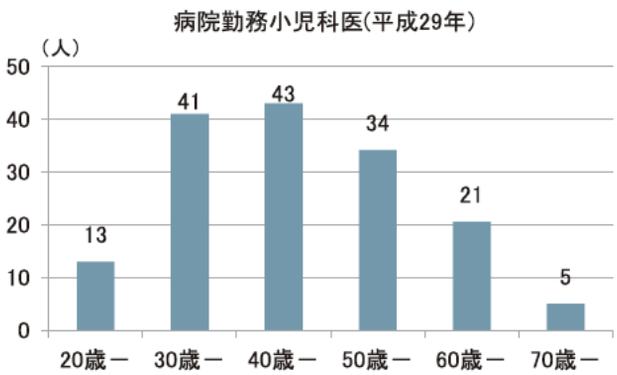
	小児科医				小児外科医			
	病院		診療所		病院		診療所	
	実数	指数	実数	指数	実数	指数	実数	指数
全　国	10,355	65.6	6,582	41.7	777	4.9	25	0.2
三重県	120	52.2	88	38.3	11	4.8	0	－

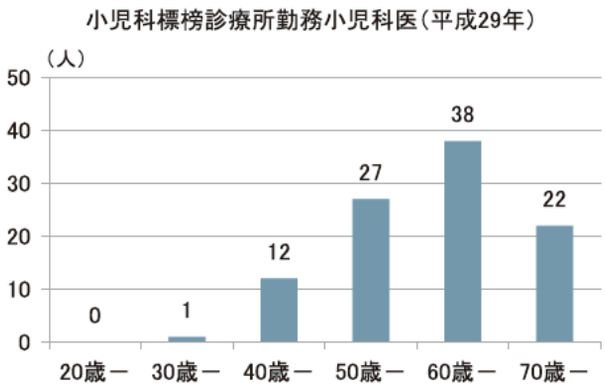
※表中の「指数」は小児人口 10 万人あたり。

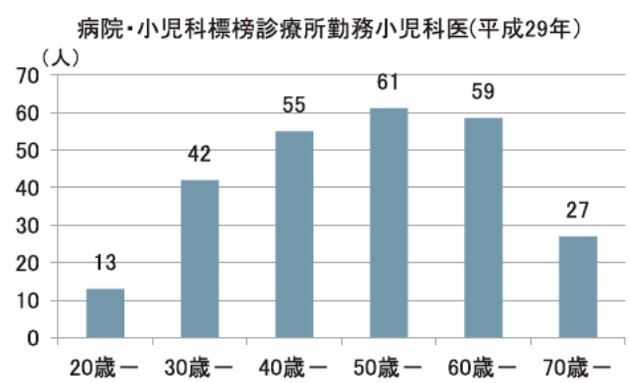
資料：厚生労働省「平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 28 年 12 月 31 日現在）、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

※参考：日本小児科学会認定小児科医数：198 人（平成 30 年２月８日現在）
日本小児外科学会認定小児外科医数：６人（平成 29 年２月 28 日現在）

図表5-10-15 小児科医の年齢分布







資料；病院勤務小児科医：平成 29 年三重県調査
小児科標榜診療所勤務小児科医：
平成 29 年三重県小児科医会調査

○ 小児入院医療管理料の算定対象となった小児入院患者の流出率は、北勢医療圏で 48.7%となっており、そのうち 18.9%は県外へ流出しています。また、南勢志摩医療圏では 27.2%となっています。

○ 一方、流入率では、三重大学医学部附属病院等のある中勢伊賀医療圏が 57.3%と高い割合を示しています。ただし、専門性の高い小児医療については、他の都道府県においても、子ども専門病院やそれに準じた病院に集中する傾向があり、本県だけの特徴ではありません。

図表5-10-16 二次医療圏別 小児入院患者(小児入院医療管理料の算定患者)の流出・流入状況

(単位：件／年)

流出先 / 患者住所地	北勢医療圏	中勢伊賀医療圏	南勢志摩医療圏	東紀州医療圏	県外	域外への流出率		
							うち県内	うち県外
北勢医療圏	363	211			134	48.7%	29.8%	18.9%
中勢伊賀医療圏		237				0.0%		
南勢志摩医療圏		107	286			27.2%	27.2%	0.0%
東紀州医療圏								

流入元 / 施設住所地	北勢医療圏	中勢伊賀医療圏	南勢志摩医療圏	東紀州医療圏	県外	域内への流入率		
							うち県内	うち県外
北勢医療圏	363					0.0%		
中勢伊賀医療圏	211	237	107			57.3%	57.3%	0.0%
南勢志摩医療圏			286			0.0%		
東紀州医療圏								

※空白欄は 10 件未満のため非公表です。
※国民健康保険、退職国保、後期高齢者医療制度のみ。
※レセプト件数は同一医療機関・同一診療科の１か月間の受診を１件と数え、患者数とは一致しません。
資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）

○ 県内の小児医療提供体制の強化により、専門的治療の必要な「先天奇形、変形および染色体異常」による県外流出率は減少傾向にありますが、平成 26（2014）年においても、北勢医療圏は 38%、南勢志摩医療圏は 22%が愛知県の医療機関に入院しています。

図表5-10-17　二次医療圏別　先天奇形、変形および染色体異常患者の流出・流入状況（推計値）

（単位：%）

流出先 / 患者住所地	北勢医療圏	中勢伊賀医療圏	南勢志摩医療圏	東紀州医療圏	県外	域外への流出率		
							うち県内	うち県外
北勢医療圏	0	62	0	0	38	100	62	38
中勢伊賀医療圏	0	100	0	0	0	0	0	0
南勢志摩医療圏	0	78	0	0	22	100	78	22
東紀州医療圏	0	0	0	0	0	0	0	0

流入元 / 施設住所地	北勢医療圏	中勢伊賀医療圏	南勢志摩医療圏	東紀州医療圏	県外	域内への流入率		
							うち県内	うち県外
北勢医療圏	0	0	0	0	0	0	0	0
中勢伊賀医療圏	42	25	33	0	0	75	75	0
南勢志摩医療圏	0	0	0	0	0	0	0	0
東紀州医療圏	0	0	0	0	0	0	0	0

※10 月のある１日の患者の入院状況であり、地域の患者全体の入院状況を表しているわけではありません。
資料：厚生労働省「平成 26 年　患者調査　病院入院奇数票（個票解析）」

(3) 小児救急

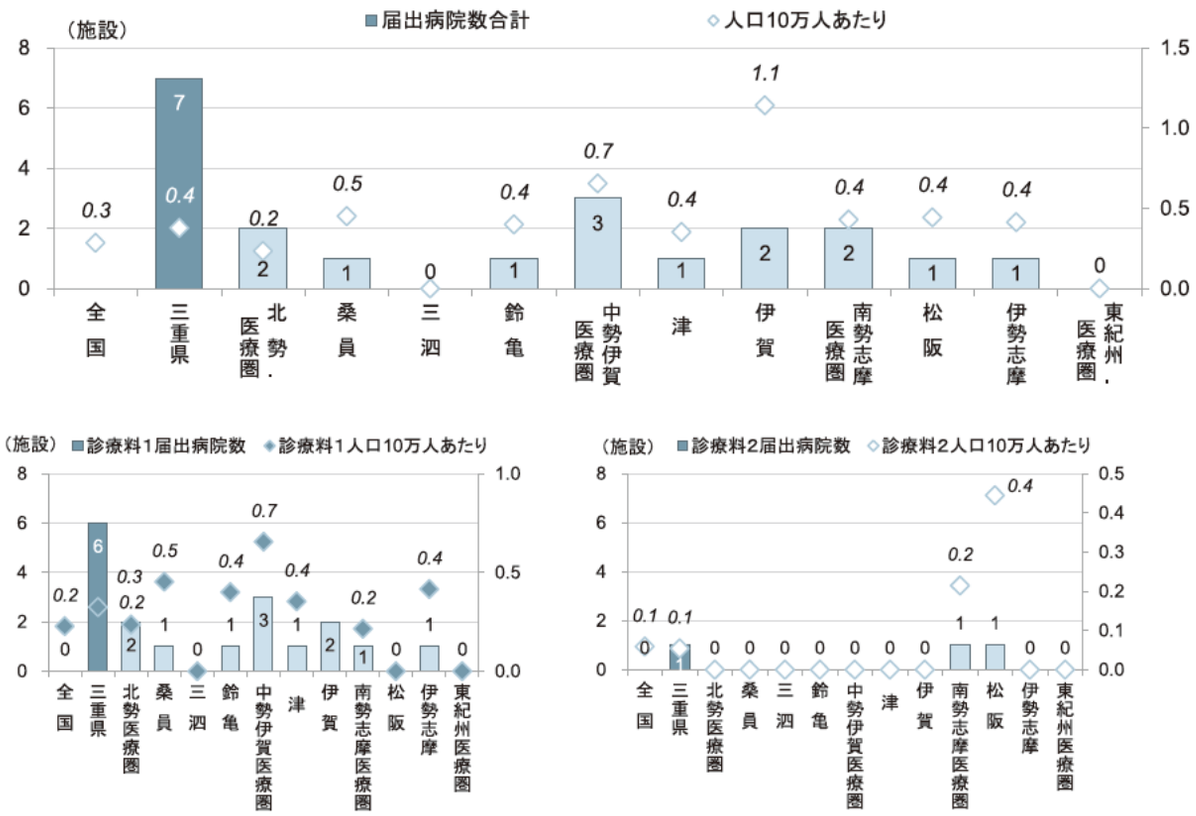
○ 少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等による専門医志向、病院志向が影響し、小児救急搬送患者の多くが軽症です。

○ 小児救急医療提供体制については、症状の軽い初期救急医療は、休日夜間応急診療所等により対応していますが、小児医療機関の少ない地域では十分な体制がとれていないところがあり、中でも東紀州医療圏は体制が脆弱な状況です。

○ 入院治療を必要とする小児二次救急医療に対応するために、地域によっては、小児救急に対応できる機能の集約化や病院群輪番制により対応していますが、病院に勤務する小児科医の不足から、小児科医による当直対応が困難な地域があります。

○ 地域の小児科医と連携をとりつつ、夜間、休日の小児救急患者の診療が可能な体制を保つ医療機関（地域連携小児夜間･休日診療料１の届出医療機関）は６施設あり、さらに常時、小児科医を配置し 24 時間の診療体制を保つ医療機関（地域連携小児夜間･休日診療料２の届出医療機関）は、南勢志摩医療圏に１施設あります。

図表5-10-18　地域連携小児夜間･休日診療料届出医療機関



資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成 28 年３月 31 日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年１月１日現在）

○ 地域連携小児夜間・休日診療料算定患者の流出率は、小児医療機関が多い中勢伊賀医療圏では 1.8%にとどまりますが、北勢・南勢志摩両医療圏は６％程度あり、また、東紀州医療圏では 67.3%と非常に高い状況です。一方、流入率では、中勢伊賀医療圏が北勢・南勢志摩医療圏を中心に圏外から 12.9%の患者を受け入れています。

図表5-10-19 二次医療圏別　夜間・休日診療小児患者の流出・流入状況

（単位：件／年）

流出先 / 患者住所地	北勢医療圏	中勢伊賀医療圏	南勢志摩医療圏	東紀州医療圏	県外	域外への流出率		
							うち県内	うち県外
北勢医療圏	3,510	138	15		72	6.0%	4.1%	1.9%
中勢伊賀医療圏	29	2,328	13			1.8%	1.8%	0.0%
南勢志摩医療圏	13	177	2,934			6.1%	6.1%	0.0%
東紀州医療圏				159	327	67.3%	0.0%	67.3%
三重県から県外への流出率　4.1%								

流入元 / 施設住所地	北勢医療圏	中勢伊賀医療圏	南勢志摩医療圏	東紀州医療圏	県外	域内への流入率		
							うち県内	うち県外
北勢医療圏	3,510	29	13		11	1.5%	1.2%	0.3%
中勢伊賀医療圏	138	2,328	177		31	12.9%	11.8%	1.2%
南勢志摩医療圏	15	13	2,934		14	1.4%	0.9%	0.5%
東紀州医療圏				159		0.0%		
県外から三重県への流入率　0.6%								

※空白欄は10件未満のため非公表です。
※外来診療料（小児／乳幼児、休日／深夜／夜間加算）、再来（小児／乳幼児、休日／深夜／夜間加算）
小児科外来診療料（休日／時間外／深夜／夜間加算）、小児科再診（休日／時間外／深夜／夜間加算）
地域連携小児夜間・休日診療料１，２の算定患者

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成27年度）

○ 小児救急搬送で医療機関に受入れ照会を行った回数が４回以上だった件数は、小児人口10万人あたり104.5件で、全国平均の２倍近くになっています。
○ 平成28（2016）年における急病に係る乳幼児の救急搬送のうち、軽症患者の割合は75.4%を占めます。

図表5-10-20 小児救急搬送症例のうち受入れ困難事例の件数

（単位：件）

	医療機関に受入れの照会を行った回数が４回以上		現場滞在時間が30分以上	
	件数	小児人口10万人あたり	件数	小児人口10万人あたり
全　国	8,570	53.9	12,039	75.8
三重県	244	104.5	175	74.9

資料：消防庁「平成27年度 救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」
総務省「国勢調査」（平成27年10月1日現在）

図表5-10-21 急病に係る乳幼児救急搬送における軽症者の割合

（単位：%）

	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
全　国	76.3	75.8	75.7	－
三重県	76.0	73.1	73.7	75.4

資料：消防庁「救急・救助の現況」

○ 家庭における応急手当や疾病に関する知識の周知を図るため、三重県小児科医会との連携により、「子どもの救急対応マニュアル」を作成し、ホームページ「医療ネットみえ」で公開しています。

○ 急な子どもの病気に関する電話相談「みえ子ども医療ダイヤル（#8000）」を実施し、19時30分から翌朝８時までの相談に対応しています。平成28（2016）年度は10,462件の相談を受けました。その内、「119番をすすめた」または「すぐに医療機関をすすめた」件数は全体の19%程度であり、保護者等の不安の解消や不要不急の受診の抑制に役立っています。

○ なお、小児に限らず24時間年中無休対応の救急・医療・健康相談等フリーダイヤルが、桑名市、津市、伊勢市、伊賀市、松阪地区（松阪市、多気町、明和町）において実施されています。

図表5-10-22　小児救急電話相談の件数

（単位：件）

平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
6,616	8,802	9,914	10,462

資料：三重県調査

図表5-10-23　小児救急電話相談の概要

	実施電話番号	実施時間帯	回線数	実施機関
三重県全域	#8000 もしくは 059-232-9955※	平日・休日 19:30～翌朝8:00	1回線	三重県

※ダイヤル式、ひかり電話、ＩＰ電話などで#8000が使用できない場合

資料：三重県調査

（4）療養・療育*支援

○ 平成27（2015）年度の人口10万人あたりの特別児童扶養手当数、障害児福祉手当数は、全国平均を上回っています。

○ 平成29（2017）年６月に、県立草の実リハビリテーションセンター、県立小児心療センターあすなろ学園、児童相談センターの難聴児支援部門を統合し、障がいや発達に課題のある子どもの専門医療・福祉機関である「三重県立子ども心身発達医療センター」を開設し、児童精神科や整形外科・小児整形外科、リハビリテーション科を中心に子どもの心身の発達や健康を一体的に支えています。

○ 障がいのある児童を入所により受け入れ、治療および日常生活の指導を行う医療型障害児入所施設としては、県立子ども心身発達医療センター、済生会明和病院なでしこ障害児入所施設、国立病院機構三重病院、国立病院機構鈴鹿病院の４施設がありますが、入所できる定員が限られています。

○ 三重県歯科医師会、障がい者支援団体と連携して、障がい児（者）歯科ネットワーク「みえ歯ーとネット」を設立し、障がい児（者）を受け入れることができる歯科医療機関の情報提供を行っています。

図表5-10-24　特別児童扶養手当等の交付数

（単位：件）

	特別児童扶養手当数		障害児福祉手当数		身体障害者手帳交付数（18歳未満）	
	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり	実数	人口10万人あたり
全　国	228,764	180.2	64,978	51.2	102,391	80.7
三重県	3,654	202.1	1,069	59.1	1,357	75.1

資料：厚生労働省「平成28年度 福祉行政報告例」、総務省「人口推計」（平成28年10月1日現在）

○ 出生数が減少する一方で、平成28(2016)年の人口動態調査では本県の低出生体重児(2,500ｇ未満）の出生率は9.2と横ばいであるものの、1,000ｇ以下の超低出生体重児の割合は微増傾向にあります。

○ 在宅で生活を送る20歳未満の医療的ケア児*数は年々増加傾向にあり、平成28（2016）年度には、全国で17,078人、うち人工呼吸器使用児が3,069人います[3]。

○ 平成28（2016）年度に本県で実施した調査によると、20歳未満の在宅医療的ケア児数は、214人で、うち40人が人工呼吸器を使用しています。

○ ＮＤＢによると、本県において、平成27（2015）年度に、小児（０歳から14歳）に対し訪問診療を実施した医療機関数は９施設あり、レセプト件数は105件となっています。

○ 平成28（2016）年度の実態アンケート調査によると、20歳未満の方への訪問看護について実施可能と回答した訪問看護ステーション数は41施設あります[4]。

○ 三重県医師会において、小児在宅連絡協議会を立ち上げ、医師を中心として連携体制構築などの取組を進めています。

○ 医療的ケア児のレスパイト・短期入所は、済生会明和病院なでしこ障害児入所施設および国立病院機構三重病院等で実施されていますが、その数は限られています。

○ 県内全域において地域に根ざしたネットワークが構築されており、小児在宅医療に関わる医療、保健、福祉、教育関係者等の多職種による事例検討会や講演会等、さまざまな事例への対応力を向上させる取組が進められています。

図表5-10-25 医療的ケア児数(0～19歳)

（単位：人）

	総　数	北勢医療圏	中勢伊賀医療圏	南勢志摩医療圏	東紀州医療圏	地域不明
医療的ケア児	214	104	50	53	4	3
うち)人工呼吸器使用児	40	17	9	11	3	

資料:三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンター・三重県小児科医会および三重県調査(平成28年度)

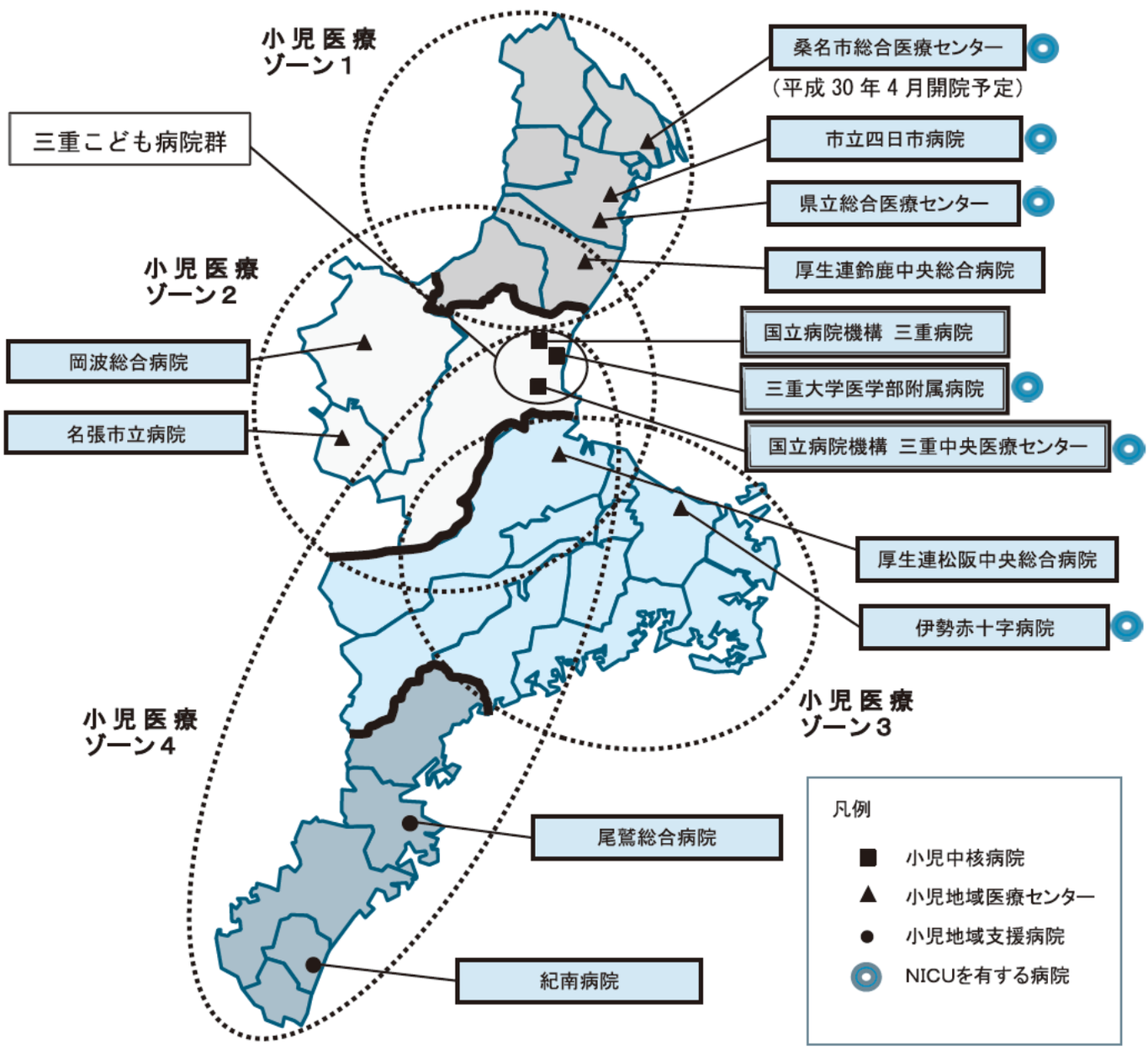
[3] 出典：平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究(田村班)」の中間報告

[4] 出典：三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンター　「平成28年度　小児における訪問看護に関する調査」

2．圏域の設定と連携体制

(1) 圏域の設定

○ 小児医療体制の構築にあたっては、小児救急において常時診療できる体制を整備するとともに、圏域ごとに少なくとも１箇所の小児専門医療を取り扱う病院を確保するため、下記の４つのエリアを圏域とします。



(2) 各医療機能

① 小児科標榜診療所、一般小児科病院

○ 一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療や、軽症の入院治療を実施します。また、訪問看護ステーションや福祉サービス事業者等との連携により、療養・療育が必要な小児に対する支援を行います。

○ 初期小児救急医療を実施します。

② 小児地域支援病院

○ 小児医療資源の少ない地域において、軽症患者の診察、入院を実施します。

③ 小児地域医療センター

○ 高度な診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を行います。また、一般の小児医療を行う医療機関では対応が困難な患者や、常時監視・治療が必要な患者等に対する入院診療を行います。

○ 入院を要する小児救急医療を 24 時間体制で実施します。

④ 小児中核病院

○ 小児地域医療センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療や、医療従事者への教育等を実施します。

(3) 連携のあり方

○ 専門性の高い小児医療は、小児中核病院である三重大学医学部附属病院、国立病院機構三重病院、国立病院機構三重中央医療センターが機能分担・連携して担い、「三重こども病院群」として小児医療を総合的に支えます。

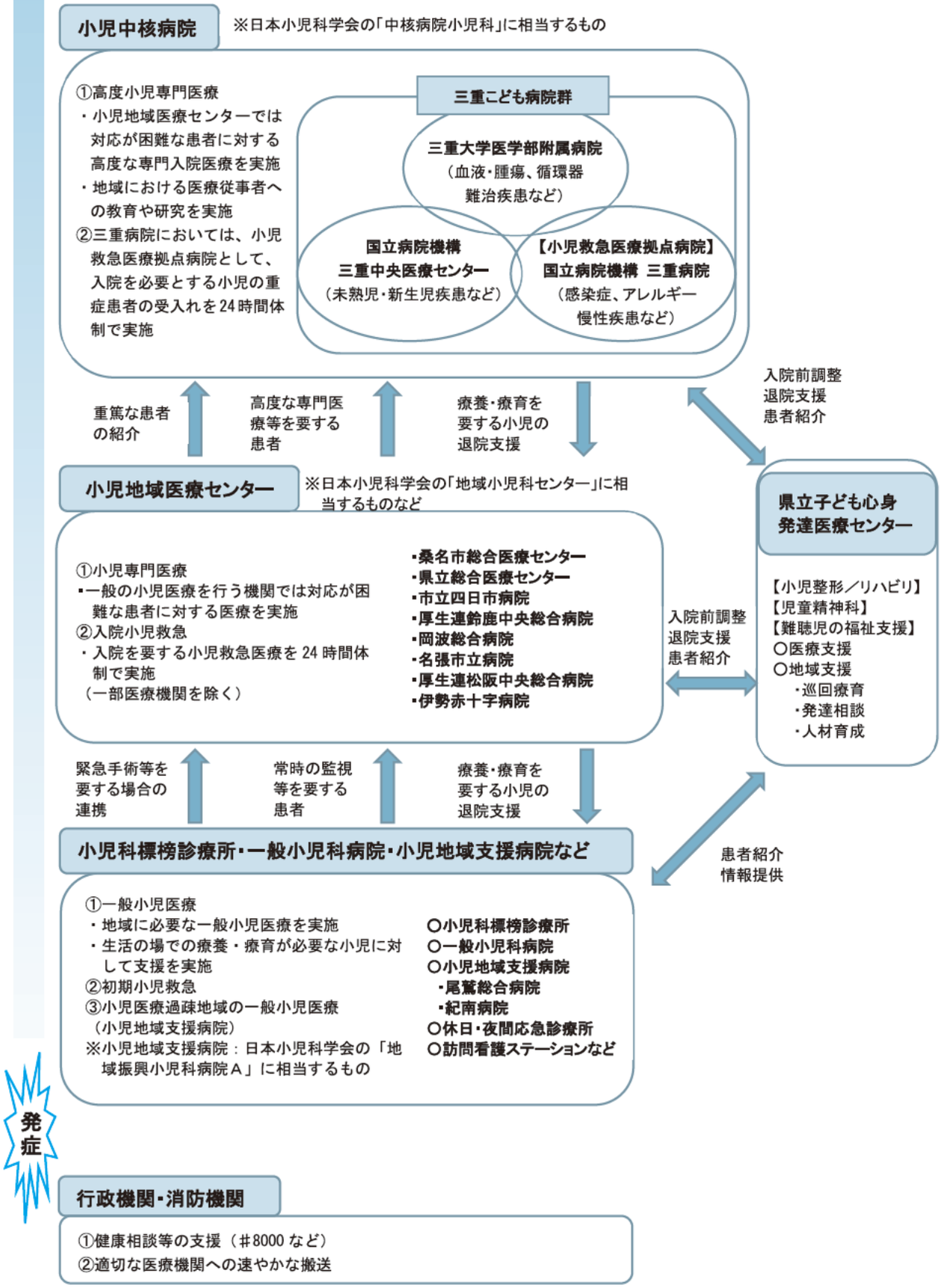
○ 日常的な診療等は小児科標榜診療所（地域のかかりつけ医など）や一般小児科病院で、一般の小児医療では対応が困難な患者については小児地域医療センターで、また、重症患者や専門性の高い診療を要する患者は小児中核病院である「三重こども病院群」の３病院で、機能分担や連携を図り、必要な医療が受けられる体制を整備します。

○ 小児初期救急医療については休日・夜間応急診療所等が担っていますが、体制のないところや空白時間帯については、二次救急医療を担う病院の支援が必要です。

○ 小児二次救急医療については、病院に勤務する小児科医の不足から、小児科医による当直対応が困難な地域があるため、近隣の小児地域医療センターや小児中核病院との連携が必要です。

○ 県立子ども心身発達医療センターにおいては、途切れのない発達支援をめざして、隣接する国立病院機構三重病院をはじめとする医療機関や市町、特別支援学校等関係機関と連携を図りながら、入院前調整や退院後支援、地域における発達相談や人材育成研修などに取り組みます。

図表5-10-26　小児医療体制図



３．課題

（1）小児医療を担う人材の不足

○ 小児科、小児外科、児童精神科医等の子どもの診療を専門的に担う医師が不足しています。専門医療と救急医療の両面から、小児医療体制の強化に必要となる医師の人材育成･確保に努める必要があります。

○ 小児医療は、耳鼻咽喉科、眼科等さまざまな診療科による専門的な医療提供が求められるため、「三重こども病院群」等と一般小児医療を担う病院が連携し、必要な医療が受けられる体制整備を進める必要があります。

（2）小児医療提供体制の集約化･重点化の推進

○ 小児人口や小児入院患者数の減少、疾病構造の変化に応じた機能分担・連携を進める必要があります。

○ 高度な専門的治療については、「三重こども病院群」の３病院が機能分担・連携し、必要な医療が受けられる体制整備を進める必要があります。

○ ＮＩＣＵについては、人口比率等を考慮し、地域の需要に応じた整備をする必要があります。

○ 乳児死亡率や幼児死亡率は長期的に減少していますが、予防できる死亡をなくすため、乳幼児健診等の予防的支援を行う関係者は、日頃から研修会等に参加し、質の向上に努めることが求められます。

（3）小児（救急）患者の症状に応じた救急医療体制の充実

○ 小児救急においては、時間外や軽症患者による二次救急医療機関の受診が増加しているため、救急医療のかかり方やかかりつけ医への早期受診等、適切な受診行動についての啓発、小児救急に関する情報提供、相談体制の充実が必要です。

○ 小児救急患者の多くが軽症患者であるため、小児初期救急医療体制の整備が求められますが、初期救急を担う診療所小児科医の高齢化が進んでいること等の要因により、深夜帯の受入れ等が困難な状況となっています。

○ 二次救急医療機関における小児科医の不足から、小児救急患者への対応が困難な地域があるため、支援体制の整備が求められます。

（4）ＮＩＣＵ、小児病棟を退院した長期療養児の療養･療育支援体制の充実

○ 医療依存度の高いＮＩＣＵに入院している小児の退院支援について、介護保険制度における介護支援専門員（ケアマネジャー）のようなコーディネート機能を担う仕組みが必要であり、医療および福祉サービスの一体的な支援体制を整えることが求められます。

○ 医療的ケア児が、急変時に入院対応できる医療機関が少ないため、小児中核病院や小児地域医療センター等とかかりつけ医の連携体制の充実が求められます。

○ 地域における小児在宅医療の提供体制を整備していくためには、地域の医療的ケア児数の

把握が必要です。

○ 小児対応訪問看護ステーションや、訪問診療が可能な医療機関が不足しており、その理由の多くは経験や知識・技術不足であることから、人材育成の取組が求められています。

○ 医療的ケア児の家族の負担を軽減するため、レスパイト・短期入所を行う施設の体制整備が必要です。

4．めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

○ 医療機関の連携等により、限りある医療資源を有効に活用し、適切な小児医療が提供されています。

○ 普段からかかりつけ医を持ち、家庭でできる応急手当や病気に関する正しい知識を得られる環境が整っています。

○ 県民が安心して子どもを育てることができるよう、保健･医療･福祉･教育分野が連携し、総合的かつ継続的な支援体制が進められています。

(2) 取組方向

取組方向１：小児医療を担う人材の育成･確保
取組方向２：地域差のない小児医療提供体制の充実
取組方向３：小児救急医療体制および予防的支援の充実
取組方向４：療養･療育支援体制の充実

(3) 数値目標

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
幼児死亡率 【人口動態調査】	幼児（１～４歳）の死亡率（幼児人口千人あたり）を 0.08 未満に減少させることを目標とします。	目　標 0.08 未満 現　状(H28) 0.11
軽症乳幼児の救急搬送率（乳幼児の急病による救急搬送のうち軽症患者の割合） 【救急・救助の現況】	急病に係る乳幼児（生後 28 日以上満７歳未満）の軽症者救急搬送率を 70%未満まで減少させることを目標とします。	目　標 70.0%未満 現　状(H28) 75.4%

小児傷病者救急搬送時の現場滞在時間（30 分以上） 【救急搬送における医療機関の受入等実態調査】	小児傷病者の救急搬送にかかる現場滞在時間が 30 分以上の件数を 90 件以下とすることを目標とします。 （　）内は重症以上で搬送された件数	目　標 90 件以下（0 件） 現　状(H27) 175 件（0 件）
小児の訪問診療実施医療機関数 【ＮＤＢ】	在宅医療を受ける小児（０歳～14 歳）の訪問診療を実施する医療機関数を増やすことを目標とします。	目　標 20 施設 現　状(H27) 9 施設

【２年ごとに確認する目標】

目標項目	目標項目の説明	目標値・現状値
小児科医師数 【医師･歯科医師・薬剤師調査】	人口 10 万人あたりの小児科医が全国平均（H28）以上となることを目標とします。 （　）内は実数	目　標 13.3 人以上 (241 人以上) 現　状(H28) 11.5 人(208 人)

(4) 取組内容

取組方向１：小児医療を担う人材の育成･確保

○ 三重大学医学部における教育・研修体制を充実･強化することで、小児医療に関わるさまざまな診療科について専門医療を実践できる質の高い小児科医や小児外科医の育成を進めます。（三重大学、市町、県）

○ 児童精神科医など､時代のニーズに応じた専門医の確保に努めます。(三重大学､医療機関、医療関係団体、県)

○ 研修医、医学生等が小児科医や小児外科医、産婦人科医を志望するよう、三重大学、ＭＭＣ卒後臨床研修センター、三重県地域医療支援センター等の関係機関が連携し、医師養成課程から卒後研修体制の構築等キャリア形成支援を進めます。(医療機関、三重大学、ＭＭＣ卒後臨床研修センター、県)

取組方向２：地域差のない小児医療提供体制の充実

○ 限られた医療資源を効果的・効率的に活用するため、小児医療に関わるさまざまな診療科による専門医療等を含め、病院の小児に関わる診療機能強化を進めます。(医療機関、医療関係団体、市町、県)

○ 一般の小児医療を行う機関では対応困難な患者に対する医療は小児地域医療センターが、さらに重篤な患者に対する医療は小児中核病院である「三重こども病院群」が担い、連携を図りながら必要な医療が受けられる体制整備を進めます。

○ 子どもの発達支援の拠点である県立子ども心身発達医療センターにおいて、隣接する国立

病院機構三重病院と機能的連携を図りながら、小児の発達に関わる包括的医療・療育体制の充実に努めます。（医療機関、関係団体、市町、県）

取組方向３：小児救急医療体制および予防的支援の充実

○ 夜間や休日の不要不急の受診を抑制するため、「みえ子ども医療ダイヤル」による電話相談を実施します。また、「子どもの救急対応マニュアル」の周知や親子教室などにより、家庭における看護力の向上をめざします。（医療機関、市町、関係機関、県）

○ 「医療ネットみえ」をはじめとする広報手段を活用し、休日･夜間応急診療所等、小児救急医療情報の提供を行うとともに、休日や時間外に診療を行う医療機関の三重県救急医療情報システムへの参加促進に努めます。（医療機関、三重県救急医療情報センター、市町、関係機関、県）

○ 小児救急医療拠点病院や二次救急医療機関の輪番制による小児救急患者の受入れ等について、引き続き支援を行い、小児救急医療体制の確保に努めます。（医療機関、市町、県）

○ 日常の診察だけでなく、母子保健事業を通じ、関係機関との連携を図りながら、妊娠期から育児期にわたる途切れのない医療的支援を行うとともに、乳幼児事故や児童虐待等の予防など、予防的な視点を含めた小児医療の提供をめざします。（医療機関、関係団体、市町、県）

○ あらゆる子どもの死亡事例を検証し、死因を究明するチャイルド・デス・レビュー（ＣＤＲ）について、国の動向をふまえ、本県における導入を検討します。（医療機関、関係団体、市町、県）

取組方向４：療養･療育支援体制の充実

○ 小児病棟やＮＩＣＵ等で長期療養を余儀なくされている医療的ケア児等が生活の場で療養・療育できるよう、相談支援専門員等関係者の連携をコーディネートする人材の確保、育成に努めるとともに、ＮＩＣＵ設置病院とかかりつけ医、行政との顔の見える関係構築に向けた取組を進めます。（医療機関、医療関係団体、市町、県）

○ 医療的ケア児等の在宅療養を支えるため、三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンターと連携し、医療、福祉、保健、教育等地域における支援関係機関の連携強化を図ります。（医療機関、三重大学、医療関係団体、市町、関係機関、県）

○ 小児対応訪問看護ステーションや、訪問診療が可能な医療機関の確保に向け、医師（総合診療医を含む）、歯科医師、薬剤師、看護師等を対象とした研修等を実施するなど、人材育成に取り組みます。（三重大学、医療関係団体、関係機関）

○ 医療的ケア児の家族が地域で安心して生活できるよう、レスパイト・短期入所を行うための体制構築を支援します。（医療機関、三重大学、医療関係団体、関係機関、県）

○ 市町や関係機関との連携体制、レスパイト体制の充実、強化等、小児在宅医療体制の県内全域への拡充を図ります。（医療機関、三重大学、医療関係団体、市町、関係機関、県）
各地域において、途切れのない発達支援が行われるよう、子育てや発達に関する相談体制の充実や、成人期への円滑な移行体制の整備、発達支援に関する人材育成等に取り組みます。（市町、関係機関、県）

第１１節｜在宅医療対策

１．在宅医療の現状

（1）在宅医療の概況

○ 本県の 65 歳以上の高齢者人口は、平成 28（2016）年の 509,331 人[1]から平成 37（2025）年には 527,989 人[2]に増加し、同年の 75 歳以上の人口割合は、現在の 14.0%から 18.3%に増加すると見込まれています。疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、自宅や地域で疾病を抱えつつ生活を送る人が今後も増加していくことが考えられます。

○ 在宅人工呼吸指導管理料*を算定している患者数は年々増加し、医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者も増加しているといわれており、平成 27（2015）年度のＮＤＢによると、本県の 15 歳未満の在宅人工呼吸指導管理料のレセプト件数は、265 件となっています。

○ 平成 29（2017）年３月に策定した「三重県地域医療構想」では、本県における在宅医療等の医療需要は平成 25（2013）年の 16,133.1 人／日から平成 37（2025）年には 21,656.4 人／日になると見込まれており、この需要に対応していくには、病床の機能分化・連携と合わせて、在宅医療や地域包括ケアシステムに係る体制整備を進めていくことが重要となります。

○ 40 歳以上の県民の 50.4%が病気などで人生の最期を迎えることとなった場合に自宅で過ごすことを望んでおり[3]、患者や家族のＱＯＬ（生活の質）の維持向上を図りつつ療養生活を支える在宅医療の提供体制を構築することが必要です。

（2）訪問診療・往診

○ 人口 10 万人あたりの本県の訪問診療件数は 4,851.0 件で、全国平均 5,713.3 件を下回っています。

○ 人口 10 万人あたりの本県の訪問診療を実施している病院・診療所数は 24.2 施設で、全国平均 21.7 施設を上回っています。

○ 訪問診療または往診等を実施している医療機関は 32 病院[4]、267 診療所[5]の合計 299 施設です。人口 10 万人あたりの施設数は、桑名市、いなべ市、四日市市、鈴鹿市を除く都市部において県平均を上回っていますが、郡部においてはばらつきがあることから、都市部の医療機関がカバーするなどの連携体制が求められます。

---

[1] 出典：三重県「月別人口調査」（平成 28 年 10 月）
[2] 出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成 24 年１月推計）
[3] 出典：三重県「在宅医療および介護予防に関する県民意識アンケート」（平成 29 年８月）
[4] 出典：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（平成 29 年）（県内 99 病院を対象に実施し、回答率は 86.9%（86 病院））
[5] 出典：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成 29 年）（在宅医療実施医療機関を事前に調査した上で、在宅療養支援診療所の届出がある施設 162、同届出はしていないが在宅医療を実施している施設 330（一般診療所 281、専門診療科診療所 49）、在宅医療を実施していない施設 180 に対して実施。回収率は在宅療養支援診療所で 58.0%（94 施設）、届出はしていないが在宅医療を実施している施設で 63.0%（208 施設）、在宅を実施していない施設で 56.7%（102 施設）。）

図表 5-11-1　訪問診療件数、訪問診療を実施する病院・診療所数

（単位：件／年、か所）

	件　数	人口 10 万人あたり件数	病院・診療所数	人口 10 万人あたり病院・診療所数
全　国	7,325,943	5,713.3	27,789	21.7
三重県	90,235	4,851.0	447	24.2

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年１月１日現在）

図表 5-11-2　在宅医療実施施設数

（単位：か所）

構想区域	病　院[1]	一般診療所[2]	一般診療所（専門診療科）	在宅療養支援診療所[2]	診療所小計	合　計	人口 10 万人あたり施設数
桑　員	4	12	3	8	23	27	12.2
三　泗	6	24		8	32	38	10.0
鈴　亀	3	8	2	25	35	38	15.2
津	5	19	6	18	43	48	17.0
伊　賀	2	26	7	4	37	39	22.4
松　阪	5	19	4	11	34	39	17.4
伊勢志摩	5	27	4	15	46	51	21.4
東紀州	2	12	1	4	17	19	25.8
合　計	32	147	27	93	267	299	16.2

※空欄はデータなし

資料：[1]三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（平成 29 年）、[2]三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成 29 年）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 29 年１月１日現在）

○ 人口 10 万人あたりの本県の在宅療養支援診療所数と病床数は、それぞれ 9.6 施設、11.9 床で、全国平均 11.5 施設、23.1 床と比較して少ない状況です。

○ 人口 10 万人あたりの本県の在宅療養支援病院*数と病床数は、それぞれ 0.6 施設、53.5 床で、全国平均 0.9 施設、88.1 床と比較して少ない状況です。

図表 5-11-3　在宅療養支援施設数・病床数

（単位：か所、床）

		施設数	人口 10 万人あたり施設数	病床数	人口 10 万人あたり病床数
在宅療養支援診療所(1)	全　国	175	0.1	752	0.6
※機能強化型（単独）	三重県	0	0	0	0
在宅療養支援診療所(2)	全　国	2,614	2.0	4,486	3.5
※機能強化型（連携）	三重県	51	2.8	95	5.1
在宅療養支援診療所(3)	全　国	11,894	9.3	24,335	19.0
※従来型	三重県	126	6.8	126	6.8
在宅療養支援病院(1)	全　国	152	0.1	16,534	12.9
※機能強化型（単独）	三重県	2	0.1	173	9.4
在宅療養支援病院(2)	全　国	305	0.2	33,099	25.8
※機能強化型（連携）	三重県	5	0.3	518	28.0
在宅療養支援病院(3)	全　国	652	0.5	63,253	49.3
※従来型	三重県	4	0.2	299	16.2

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成 28 年３月 31 日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年１月１日現在）

○ 平成 29（2017）年１月分の病院の訪問診療件数は 956 件、平成 29（2017）年４月分の診療所の訪問診療件数は 7,194 件であり、１施設あたりの平均は、病院 29.9 件、一般診療所

13.9 件、在宅療養支援診療所 55.5 件です。

○ 人口１万人あたりの訪問診療実施件数は県平均 44.1 件となっています。市町別では、志摩市が 110.7 件、伊勢市が 89.4 件、松阪市が 64.1 件と多く、地域における医療機関の取組にばらつきがあります。

図表 5-11-4　病院・診療所の訪問診療件数（平成 29 年1か月分）

（単位：か所、件／月）

構想区域	病　院[1]		一般診療所[2]		在宅療養支援診療所[2]		合計実施件数	人口１万人あたり実施件数
	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数		
桑　員	4	13	12	186	8	437	636	28.8
三　泗	6	29	24	219	8	1,383	1,631	43.0
鈴　亀	3	20	8	25	25	296	341	13.6
津	5	212	19	203	18	1,285	1,700	60.3
伊　賀	2	11	25	284	4	255	550	31.6
松　阪	5	267	19	375	11	596	1,238	55.4
伊勢志摩	5	396	27	648	15	809	1,853	77.8
東紀州	2	8	12	96	4	97	201	27.3
合　計	32	956	146	2,036	93	5,158	8,150	44.1
（1施設平均）	—	(29.9)	—	(13.9)	—	(55.5)	(30.1)	—

※病院：平成 29 年１月、診療所：平成 29 年４月

資料：[1]三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（平成 29 年）[2]三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成 29 年）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 29 年１月１日現在）

○ 県医師会が実施したアンケートによると、在宅医療を実施と回答しているほとんどの在宅療養支援診療所、一般診療所で、時間外・休日に緊急往診を実施しています。平成 29（2017）年３月・４月の２か月の時間外・休日の緊急往診件数は、在宅療養支援診療所で１施設あたり 6.3 件、一般診療所で 3.0 件ですが、地域における医療機関の取組にばらつきがあります。

図表 5-11-5　時間外・休日等の緊急往診を実施している病院・診療所
（病院：平成 28 年 12 月・平成 29 年１月、診療所：平成 29 年3月・4月）

（単位：か所、件／２か月）

構想区域	病　院[1]		一般診療所[2]		在宅療養支援診療所[2]	
	施設数	件　数	施設数	件　数	施設数	件　数
桑　員	4	7	11	14	8	35
三　泗	4	3	24	20	8	247
鈴　亀	2	2	8	5	25	52
津	2	29	19	43	18	69
伊　賀	2	3	23	29	4	33
松　阪	1	18	19	173	11	80
伊勢志摩	2	20	27	114	15	55
東紀州			12	30	3	9
合　計	17	82	143	428	92	580
（1施設平均）	—	(4.8)	—	(3.0)	—	(6.3)

資料：[1]三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（平成 29 年）
[2]三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成 29 年）

(3) 訪問看護

○ 人口 10 万人あたりの本県の訪問看護ステーション数は 8.6 か所で、全国平均 8.4 か所をやや上回っています。従事者数は准看護師のみ全国平均より多くなっています。

○ 人口 10 万人あたりの本県の 24 時間体制を取っている訪問看護ステーションの従事者数は、いずれの職種も全国平均を下回っています。

図表 5-11-6 訪問看護ステーション数

（単位：か所）

		事業所数	人口 10 万人あたり施設数
訪問看護ステーション	全　国	10,689	8.4
	三重県	155	8.6

資料：厚生労働省「平成 28 年　介護給付費等実態調査報告」、総務省「人口推計」（平成 29 年 4 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 29 年 4 月 1 日現在）

図表 5-11-7 訪問看護ステーションの職種別従事者数

（単位：人）

		従事者数	人口 10 万人あたり従事者数	24 時間体制を取っている事業所の従事者数	人口 10 万人あたり従事者数
保健師	全　国	711	0.55	594	0.46
	三重県	7	0.38	6	0.30
助産師	全　国	34	0.03	29	0.02
	三重県	—	—	—	—
看護師	全　国	32,830	25.60	28,255	22.04
	三重県	417	22.42	307	16.50
准看護師	全　国	3,526	2.75	2,633	2.05
	三重県	58	3.12	37	2.00
理学療法士	全　国	6,630	5.17	5091	3.97
	三重県	77	4.14	62.7	3.40
作業療法士	全　国	3,055	2.38	2,316	1.81
	三重県	33	1.77	28	1.50
言語聴覚士	全　国	569	0.4	※	※
	三重県	3	0.2	※	※

※はデータなし

資料：厚生労働省「平成 27 年 介護サービス施設・事業所調査」、総務省「国勢調査」（平成 27 年 10 月 1 日現在）

○ 人口 10 万人あたりの本県の医療保険、介護保険による訪問看護提供件数は、それぞれ 308.1 件、4,270.0 件で、全国平均 423.1 件、4,784.2 件を下回っています。

○ 人口 10 万人あたりの本県の医療保険による訪問看護利用者数は 49.73 人／月で、全国平均 44.80 人／月を上回っていますが、小児の訪問看護利用者数は 17.99 人／月で、全国平均 21.26 人／月を下回っています。

○ 人口 10 万人あたりの本県の介護保険による訪問看護利用者数、介護予防訪問看護利用者数はそれぞれ 0.42 千人／年、0.06 千人／年で、全国平均 0.48 千人／年、0.08 千人／年を下回っています。

図表 5-11-8 訪問看護提供件数

（単位：件／年）

	医療保険による提供件数[1]	人口10万人あたり件数	介護保険による提供件数[2]	人口10万人あたり件数
全　国	541,878	423.1	6,127,002	4,784.2
三重県	5,699	308.1	78,997	4,270.0

資料：[1]厚生労働省「ＮＤＢ」（平成27年度）、[2]厚生労働省「介護ＤＢ」（平成27年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成28年1月1日現在）

図表 5-11-9 医療保険による訪問看護の利用者数

（単位：人／月）

	利用者数	人口10万人あたり利用者数	うち小児（15歳未満）利用者数	小児人口10万人あたり小児利用者数
全　国	56,941	44.80	3,377	21.26
三重県	903	49.73	42	17.99

資料：厚生労働省「平成27年 訪問看護療養費調査」、総務省「国勢調査」（平成27年10月1日現在）

図表 5-11-10 介護保険による訪問看護利用者数

（単位：千人／年）

		利用者数	人口10万人あたり利用者数
訪問看護利用者数	全　国	612.2	0.48
	三重県	7.6	0.42
介護予防訪問看護利用者数	全　国	99.9	0.08
	三重県	1.0	0.06

資料：厚生労働省「平成28年度 介護給付費等実態調査報告」、総務省「人口推計」（平成28年10月1日現在）

○ 人口 10 万人あたりの介護保険法の緊急時訪問看護加算*等の届出状況は、各項目ともに全国平均と同程度で、健康保険法の 24 時間連絡体制加算*の届出状況は全国平均と比べて高い状況です。

図表 5-11-11 訪問看護ステーション数と緊急時訪問加算等の届出状況

（単位：か所、件）

		全　国	三重県	人口10万人あたり	
				全　国	三重県
訪問看護ステーション数		8,719	123	6.9	6.8
介護保険法	緊急時訪問看護加算の届出	7,609	109	6.0	6.0
	特別管理体制の届出	7,758	113	6.1	6.3
	ターミナルケア加算の届出	7,213	108	5.7	6.0
健康保険法	24時間対応体制加算*の届出	7,091	92	5.6	5.1
	24時間連絡体制加算の届出	640	19	0.5	1.1
	特別管理加算の届出	7,519	107	5.9	5.9

資料：厚生労働省「平成28年 介護サービス施設・事業所調査」、総務省「人口推計」（平成28年10月1日現在）

○ 訪問看護ステーションは 159 事業所を指定しており、人口１万人あたりの事業所数は 0.9 施設となっています。また、緊急時訪問看護加算届出施設は 142 事業所で、人口１万人あたりの事業所数は 0.8 施設となっています。

○ ６市町において訪問看護ステーションがない状況ですが、都市部の訪問看護ステーションが広域的にカバーしている地域もあります。

図表 5-11-12 訪問看護ステーション数

（単位：か所）

構想区域	訪問看護ステーション	人口１万人あたり事業所数	緊急時訪問看護加算届出施設	人口１万人あたり事業所数
桑　員	23	1.1	19	0.9
三　泗	35	0.9	32	0.8
鈴　亀	20	0.8	18	0.7
津	19	0.7	17	0.6
伊　賀	15	0.9	15	0.9
松　阪	16	0.7	15	0.7
伊勢志摩	24	1.0	19	0.8
東紀州	7	1.0	7	1.0
合　計	159	0.9	142	0.8

（うち、休止届の出ている訪問看護ステーションは 10 か所）

※健康保険法の保健医療機関に指定された医療機関は、介護保険法による訪問看護の事業者として、指定をされたものとみなされます（これを「みなし指定」といいます。）。みなし指定の訪問看護事業所は 805 か所で、そのうち請求があったのは平成 29 年６月分で 20 か所でした[6]。

資料：三重県「指定事業者等管理システム」（平成 29 年９月現在）、三重県「月別人口調査」（平成 29 年９月１日現在）

(4) 訪問歯科診療

○ 人口 10 万人あたりの本県の在宅療養支援歯科診療所数は 5.1 か所で、全国平均 4.8 か所を上回っていますが、東紀州区域は設置されていないなど、地域によってばらつきがあります。

○ 人口 10 万人あたりの本県のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所数は 6.2 か所で、全国平均 6.1 か所をやや上回っています。

○ 人口 10 万人あたりの本県の歯科訪問診療を実施している診療所数は 9.6 か所で、全国平均 10.8 か所を下回っていますが、伊賀区域では 12.3 か所、松阪区域では 19.7 か所、伊勢志摩区域では 11.8 か所と全国平均を上回っています。

○ 医療・介護関係者等と連携し、地域で効果的な歯科治療や口腔ケアが受けられる提供体制を整備するための地域口腔ケアステーションを 11 か所設置しています。

[6] 出典：「国保連合会介護給付適正化システム」

図表 5-11-13　在宅療養支援歯科診療所数

（単位：か所）

構想区域	施設数	人口 10 万人あたり施設数
全　国	6,140	4.8
三重県	95	5.1
桑　員	7	3.2
三　泗	14	3.7
鈴　亀	3	1.2
津	20	7.1
伊　賀	15	8.6
松　阪	20	8.9
伊勢志摩	16	6.6
東紀州	0	0

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成 28 年 3 月 31 日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年 1 月 1 日現在）

図表 5-11-14　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所数

（単位：か所）

	施設数	人口 10 万人あたり施設数
全　国	7,858	6.1
三重県	115	6.2

資料：厚生労働省厚生局「届出受理医療機関名簿」（平成 29 年 11 月）※東北、関東・甲信越、中国地方は平成 29 年 10 月時点、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 29 年 1 月 1 日現在）

図表 5-11-15　歯科訪問診療を実施している診療所数

（単位：か所）

構想区域	施設数	人口 10 万人あたり施設数
全　国	13,852	10.8
三重県	179	9.6
桑　員	13	5.9
三　泗	25	6.6
鈴　亀	14	5.6
津	27	9.5
伊　賀	22	12.3
松　阪	45	19.7
伊勢志摩	29	11.8
東紀州	4	5.1

資料：厚生労働省「平成 26 年医療施設調査」、総務省「人口推計」（平成 26 年 10 月 1 日現在）、三重県「月別人口調査」（平成 26 年 10 月 1 日現在）

(5) 訪問薬剤管理指導・訪問リハビリテーション・訪問栄養食事指導

○ 訪問薬剤管理指導の届出がある薬局数は県内に 706 施設あり、人口 1 万人あたりの訪問薬剤管理指導の届出がある薬局数は 3.8 か所で、全国平均 3.6 か所を上回っています。市町別に見ると、都市部では一定数の確保ができているものの、郡部では少ない状況となっています。

○ 本県の居宅療養管理指導を算定している薬局数は 272 施設です。

図表 5-11-16 訪問薬剤管理指導の届出がある薬局数

（単位：か所）

構想区域	訪問薬剤管理指導の届出がある薬局数	
	施設数	人口１万人あたり施設数
全　国	46,049	3.6
三重県	706	3.8
桑　員	83	3.8
三　泗	143	3.8
鈴　亀	90	3.6
津	104	3.7
伊　賀	66	3.8
松　阪	86	3.8
伊勢志摩	103	4.3
東紀州	31	4.1

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成 28 年 3 月 31 日）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年１月１日現在）

図表 5-11-17　居宅療養管理指導を算定している薬局数

（単位：か所）

	施設数	人口 10 万人あたり施設数
三重県	272	14.8

資料：「国保連合会介護給付適正化システム」（平成 28 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 29 年１月１日現在）

○ 人口 10 万人あたりの本県の訪問リハビリテーションの利用者数、介護予防訪問リハビリテーションの利用者数はそれぞれ 143.8 人、33.2 人で、ともに全国平均 105.4 人、19.8 人を上回っています。

図表 5-11-18 訪問リハビリテーション事業所数（左表）および訪問リハビリテーション利用者数（右表）

	施設数（か所）	人口 10 万人あたり施設数
全　国	4,013	3.2
三重県	67	3.7

		人　数（千人）	人口 10 万人あたり人数（人）
訪問リハビリテーション利用者数	全　国	133.8	105.4
	三重県	2.6	143.8
介護予防訪問リハビリテーション利用者数	全　国	25.1	19.8
	三重県	0.6	33.2

資料：いずれも厚生労働省「平成 28 年度 介護給付費等実態調査報告」、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月１日現在）

図表 5-11-19 在宅リハビリテーション提供件数

（単位：件／年）

	件数	人口 10 万人あたり件数	うち小児（15 歳未満）件数	小児人口 10 万人あたり小児利用者数
全　国	43,615	34.1	※	※
三重県	300	16.2	71	29.6

※はデータなし　　資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年１月１日現在）

○ 平成 29（2017）年９月現在の医療ネットみえにおける在宅患者訪問栄養食事指導に対応できる医療機関数は 34 施設ですが、平成 27（2015）年度のＮＤＢによると、県内の訪問栄養食事指導料の算定件数はほとんどない状況です。一方で、一部地域では、地域の管理栄養士と医療機関との契約により訪問栄養食事指導を行ったり、研究会を立ち上げ医療関係者等への周知を図る取組が進められています。

(6) 入退院支援

○ 在宅医療は、慢性期および回復期患者の受け皿としての機能が期待されていますが、近年、在宅療養を選択する人工呼吸器装着者等の医療依存度の高い患者が増えてきたことなどから、医療の継続や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援の重要性が高まっています。

○ 人口 10 万人あたりの本県の退院時共同指導の件数は 12.4 件で、全国平均 10.6 件を上回っていますが、医療機関数は 1.35 施設で、全国平均 1.55 施設を下回っています。

○ 入退院支援を行う部門を設置している病院は 68 施設であり、連携の要となるソーシャルワーカーの配置人員は 175 人です。

○ 退院・転院に係る関係者との合同カンファレンスの開催状況は、全体の 77%の 65 病院で必要に応じて実施されています。

図表 5-11-20　退院時共同指導件数、退院時共同指導を実施している医療機関数

（単位：件／年、か所）

	件　数	人口 10 万人あたり件数	医療機関数	人口 10 万人あたり医療機関数
全　国	13,595	10.6	1,982	1.55
三重県	230	12.4	25	1.35

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年１月１日現在）

図表 5-11-21　患者の入退院に伴う地域連携や調整をするための部門の設置状況（病院）

（単位：か所、人）

構想区域	部門設置の有無		ありの場合の職種別人員配置				なしの場合の介護支援専門員との連携			
	あり	なし	医師	看護師	事務職	ソーシャルワーカー	ほとんどのケースで行っている	必要に応じて行っている	あまり行っていない	把握していない
桑　員	10	3	3	11	9	19		2	1	
三　泗	10	3	3	9	9	35		2	1	
鈴　亀	8	2	4	9	7	20	1		1	
津	15	6	8	20	10	26		3	2	
伊　賀	5	2	6	10	5	13				1
松　阪	9		1	15	13	28				
伊勢志摩	9		0	10.5	3	28				
東紀州	2	2	0	3	1	6		2		
合　計	68	18	25	87.5	57	175	1	9	5	1

※空欄はデータなし　　資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（平成 29 年）

図表 5-11-22 退院・転院に係る関係者との合同カンファレンス開催状況（病院）

（単位：か所）

構想区域	ほとんどのケースで行っている	必要に応じて行っている	あまり行っていない	把握していない
桑　員		9	4	
三　泗	1	10	2	
鈴　亀		8	2	
津		15	4	1
伊　賀		5		1
松　阪	1	6	2	
伊勢志摩	4	4	1	
東紀州		2	2	
合　計	6	59	17	2

※空欄はデータなし　　資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（平成 29 年）

（7）急変時対応

○ 自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する不安や家族への負担への懸念が挙げられており、こういった不安や負担の軽減が在宅療養を継続するための重要な課題となっています[7]。

○ 緊急一時入院を実施している病院は 58 施設ですが、受入れ状況を見ると、病床の空き状況による（自院または連携診療所等の退院患者に限定を含む）が全体の 78%となっており、条件なく常に受入れできるのは 7 施設にとどまっています。

図表 5-11-23 在宅療養患者の緊急一時入院の受入れ状況（病院）

（単位：か所）

構想区域	実施の有無		ありの場合の受入れ状況			
	あり	なし	常に受入れできる	常に受入れできる（自院または連携診療所等の退院患者に限定）	病床の空き状況による	病床の空き状況による（自院または連携診療所等の退院患者に限定）
桑　員	8	5	1	1	5	1
三　泗	11	2		1	8	2
鈴　亀	4	6			2	2
津	16	5	2	2	10	2
伊　賀	4	2		2	2	
松　阪	7	2			5	2
伊勢志摩	6	3	3		3	
東紀州	2	2	1		1	
合　計	58	27	7	6	36	9

※空欄はデータなし　　資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（平成 29 年）

[7] 出典：内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」（平成 24 年）

図表 5-11-24　緊急一時入院を常に受入れできると回答した病院の病床区分・病床数

（単位：か所）

	一般病床				療養病床	精神科病床	計
	～99 床	100～199 床	200～299 床	300 床～			
常に受入れできる	2		2	2	1		7
常に受入れできる（自院または連携診療所等の退院患者に限定）	1	1	2	1	1		6

※一般病床と療養病床の双方を設置している施設については、規模の大きい病床に区分しています。
※空欄はデータなし

資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（平成 29 年）

○ 在宅療養をサポートするためには、家族等の負担軽減や、患者の社会活動の機会を確保する視点から短期入所サービスの充実が求められます。短期入所サービスは、特別養護老人ホーム等の福祉施設が実施する「生活介護」と、介護老人保健施設のような医療施設等が実施する「療養介護」に分けられます。

○ 人口 10 万人あたりの本県の短期入所生活介護事業所数および短期入所療養介護事業所数はそれぞれ 12.6 か所、4.9 か所で、全国平均 8.6 か所、4.2 か所を上回っています。

○ 人口 1 万人あたりの短期入所サービス利用者数は、短期入所生活介護および短期入所療養介護はそれぞれ 33.6 人／月、4.7 人／月で全国平均 23.5 人／月、3.8 人／月を上回っています。

図表 5-11-25　短期入所サービス（ショートステイ）の事業所数

（単位：か所）

		事業所数	人口 10 万人あたり事業所数
短期入所生活介護事業所数	全　国	10,925	8.6
	三重県	227	12.6
短期入所療養介護事業所数	全　国	5,331	4.2
	三重県	89	4.9

資料：厚生労働省「平成 28 年　介護サービス施設・事業所調査」、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

図表 5-11-26　短期入所サービス事業所数、利用者数

（単位：か所、人／月）

	短期入所サービス（ショートステイ）事業所数		短期入所サービス（ショートステイ）利用者数		短期入所サービス（ショートステイ）人口 1 万人あたり利用者数	
	短期入所生活介護	短期入所療養介護	短期入所生活介護	短期入所療養介護	短期入所生活介護	短期入所療養介護
全　国	10,925	5,331	298,609	47,968	23.5	3.8
三重県	227	89	6,077	851	33.6	4.7

資料：厚生労働省「平成 28 年　介護サービス施設・事業所調査」、総務省「人口推計」（平成 28 年 10 月 1 日現在）

(8) 看取り

○ 40 歳以上の県民の 50.4%が病気などで人生の最期を迎えることとなった場合に自宅で過ごすことを望んでおり[8]、患者や家族が希望した場合には自宅で最期を迎えることを可能にする医療および介護の提供体制の構築が求められています。

○ 一方、人生の最終段階における医療について家族と全く話し合ったことがないと 59.0%が回答しています[9]。

○ 本県の人口 10 万人あたりの在宅ターミナルケア*を受けた患者数は 64.2 人で、全国平均 58.1 人を上回っています。

○ 本県の人口 10 万人あたりの在宅看取り数は 128.6 人で、全国平均 99.5 人を上回っています。

○ 在宅看取りに対応している病院は 19 施設、診療所（一般診療所と在宅療養支援診療所）は 202 施設、合計 221 施設あります。

図表 5-11-27　在宅ターミナルケアを受けた患者数・在宅看取り数

（単位：人）

二次医療圏	在宅ターミナルケアを受けた患者数		在宅看取り数（死亡診断書のみの場合を含む）	
	人　数	人口 10 万人あたり	人　数	人口 10 万人あたり
全　国	74,401	58.1	127,476	99.5
三重県	1,188	64.2	2,379	128.6
北勢医療圏	648	76.2	968	113.8
中勢伊賀医療圏	194	42.3	558	121.8
南勢志摩医療圏	328	70.4	797	171.1
東紀州医療圏	18	24.0	56	74.7

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年 1 月 1 日現在）

図表 5-11-28　在宅看取りを実施している医療機関数

（単位：施設）

	医療機関数	人口 10 万人あたり
全　国	9,701	7.6
三重県	155	8.4

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年 1 月 1 日現在）

[8] 出典：三重県「在宅医療および介護予防に関する県民意識アンケート調査」（平成 29 年）

[9] 出典：三重県「在宅医療および介護予防に関する県民意識アンケート調査」（平成 29 年）

図表 5-11-29 在宅看取りに対応している病院数・診療所数・
ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数

（単位：か所、件／年）

構想区域	病　院[1]		一般診療所[2]		在宅療養支援診療所[2]		合計実施件数	人口1万人あたり実施件数	ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数[3]
	施設数	件　数	施設数	件　数	施設数	件　数			
桑　員	3	16	11	18	7	70	104	4.7	9
三　泗	4	16	19	51	8	316	383	10.1	20
鈴　亀	2	8	7	13	20	121	142	5.7	11
津	3	24	16	27	17	130	181	6.4	10
伊　賀	2	27	20	52	4	60	139	8.0	14
松　阪	1	6	17	63	10	146	215	9.6	11
伊勢志摩	3	49	22	81	14	113	243	10.2	16
東紀州	1	3	6	9	4	20	32	4.3	7
合　計	19	149	118	314	84	976	1,439	7.8	98
(1施設平均)	—	(7.8)	—	(2.7)	—	(11.6)	—	—	—

資料：[1]三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（平成29年）、[2]三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成29年）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成29年1月1日現在）、[3]厚生労働省「医政局指導課による平成27年介護サービス施設・事業所調査特別集計」

○ 平成28（2016）年度における本県の在宅（自宅、老人ホーム）死亡者割合は20.9%で、全国平均19.8%を上回っており、平成22（2010）年度の同調査17.6%と比べて増加しています。

○ 県内のがん患者死亡者数のうち、在宅死亡者割合は15.3%で、全国平均13.6%を上回っています[10]。

図表 5-11-30 平成28年と平成22年の在宅死亡者数の比較

（単位：人／年、%）

構想区域	平成28年			平成22年			比　較		
	総　数	在宅死亡者数	総数に占める在宅死亡者数の割合	総　数	在宅死亡者数	総数に占める在宅死亡者数の割合	A/D (%)	B/E (%)	C-F
	A	B	C	D	E	F			
桑　員	2,116	377	17.8	2,007	239	11.9	105.4	157.7	5.9
三　泗	3,576	898	25.1	3,322	665	20	107.6	135.0	5.1
鈴　亀	2,245	384	17.1	2,055	334	16.3	109.2	115.0	0.8
津	2,849	517	18.1	2,892	436	15.1	98.5	118.6	3
伊　賀	2,058	450	21.9	1,811	422	23.3	113.6	106.6	-1.4
松　阪	2,629	528	20.1	2,453	406	16.6	107.2	130.0	3.5
伊勢志摩	3,143	868	27.6	2,914	625	21.4	107.9	138.9	6.2
東紀州	1,214	131	10.8	1,237	159	12.9	98.1	82.4	-2.1
合　計	19,830	4,153	20.9	18,691	3,286	17.6	106.1	126.4	3.3
全　国	1,307,748	259,467	19.8	1,197,012	192,882	16.1	109.3	134.5	3.7

資料：厚生労働省「人口動態調査 死亡したところの種別（自宅、老人ホーム）」

[10] 出典：厚生労働省「平成28年 人口動態調査」

2．圏域の設定と連携体制

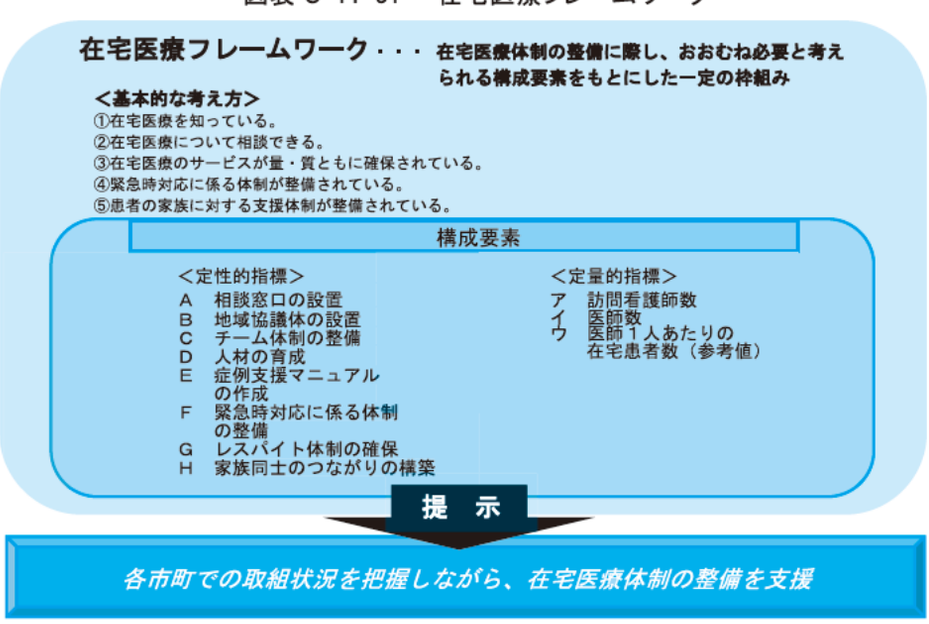
(1) 圏域の設定

○ 在宅医療と介護を切れ目なく連携させる仕組みを面的に整備するためには、医療資源に乏しい市町が広域的に補完できることや、地域医療構想との整合性が取れることも必要です。本県の在宅医療圏域は、８地域医療構想区域を基本的な圏域としつつ、実際に事業を実施する際には、圏域にこだわらず必要に応じて市町単位等での各指標の分析や、医療と介護の連携体制の構築等を実施していきます。

(2) 連携の現状

○ 地域医療構想策定やその推進にあたって、医療機能の分化・連携を進める観点から、本県独自の取組として、在宅医療フレームワークの取組を進めています。在宅医療体制の全県的な整備を進めていくため、医療・介護の関係者等で構成する三重県在宅医療推進懇話会において検討を重ね、平成 28（2016）年６月に在宅医療フレームワークを策定しました。在宅医療提供体制の構築に際し、おおむね必要と考えられる構成要素をもとにした一定の枠組み（フレームワーク）を提示し、これに基づいて市町の取組状況をより客観的に把握した上で、県として必要な支援を行っています。

図表 5-11-31　在宅医療フレームワーク



○ 各市町において、在宅医療フレームワークの構成要素について、「B 地域協議体の設置」、「D 人材の育成」、「G レスパイト体制の確保」、「H 家族同士のつながりの構築」については取組が進んでいる状況ですが、「A 相談窓口の設置」、「C チーム体制の整備」、「E 症例支援マニュアルの作成」、「F 緊急時対応に係る体制の整備」については取組が遅れている状況です。

図表 5-11-32　在宅医療フレームワーク進捗状況

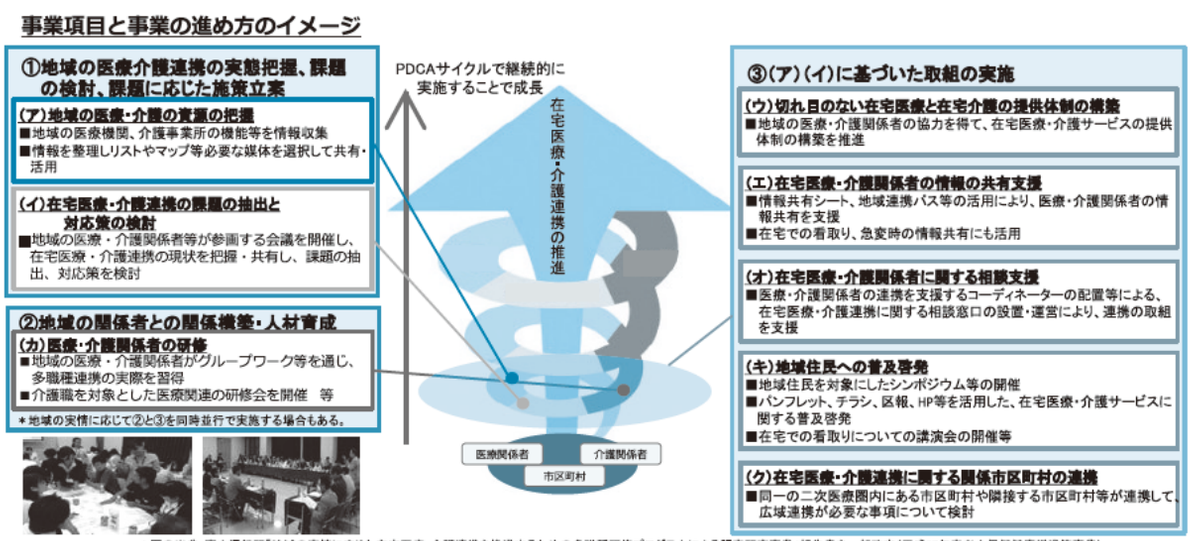
項目		対応済み		対応中		未対応	
A	相談窓口の設置	16	55.2%	13	44.8%	0	0.0%
B	地域協議体の設置	26	89.7%	3	10.3%	0	0.0%
C	チーム体制の整備	3	10.3%	26	89.7%	0	0.0%
D	人材の育成	29	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
E	症例支援マニュアルの作成 ※1	11	37.9%	18	62.1%	0	0.0%
F	緊急時対応に係る体制の整備 ※2	14	48.3%	5	17.2%	10	34.5%
G	レスパイト体制の確保 ※3	29	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
H	家族同士のつながりの構築	27	93.1%	1	3.4%	1	3.4%

※1 認知症、がん、脳卒中のいずれかについて、作成している場合は対応済みとしています。
※2 医療レスパイトも含めて確認を行いました。
※3 レスパイト体制については、緊急ショートステイ等の福祉レスパイトについて確認を行いました。

資料：三重県調査（平成 29 年 12 月）

○ 平成 26（2014）年６月に成立した医療介護総合確保推進法により、「在宅医療・介護連携の推進」が介護保険法における地域支援事業に位置付けられ、（ア）から（ク）までの事業内容を平成 30（2018）年度には全ての市町で実施することになっています。

図表 5-11-33 在宅医療・介護連携推進事業



＊図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書を一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

出典：厚生労働省資料

○ 各市町において、在宅医療・介護連携推進事業について、「（ア）地域の医療・介護の資源の把握」、「（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」、「（エ）在宅医療・介護関係者の情報の共有支援」、「（カ）医療・介護関係者の研修」、「（キ）地域住民への普及啓発」、「（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」については取組が進められていますが、「（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築」、「（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援」については取組が遅れている市町も多い状況です。

○ 在宅医療を実施する際の関係機関との連携状況を見ると、在宅療養支援診療所では関係機関と「連携あり」と回答している診療所が全体の 91%に上っていますが、一般診療所では 62%にとどまっています。

○ 一般診療所では訪問看護ステーションとの連携が突出していますが、在宅療養支援診療所では訪問看護ステーションのほか、居宅介護支援事業所、訪問リハビリテーション事業所、地域包括支援センターまたは在宅介護支援センターとの連携も半数を超える状況となっています。

図表 5-11-34　在宅医療・介護連携推進事業進捗状況

項目		実施済み		年度内に実施予定		実施していない	
ア	地域の医療・介護の資源の把握	24	82.8%	4	13.8%	1	3.4%
イ	在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	25	86.2%	2	6.9%	2	6.9%
ウ	切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築	17	58.6%	3	10.3%	9	31.0%
エ	在宅医療・介護関係者の情報の共有支援	23	79.3%	2	6.9%	4	13.8%
オ	在宅医療・介護関係者に関する相談支援	17	58.6%	2	6.9%	10	34.5%
カ	医療・介護関係者の研修	28	96.6%	1	3.4%	0	0%
キ	地域住民への普及啓発	26	89.7%	1	3.4%	2	6.9%
ク	在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	23	79.3%	2	6.9%	4	13.8%

資料：三重県調査（平成 29 年 6 月）

図表 5-11-35　関係機関との連携による往診や訪問診療の実施状況（一般診療所）

（単位：か所、%）

構想区域	一般診療所									
	連携の有無		ありの場合の連携割合（%）							
	あり	なし	歯科診療所	調剤薬局・薬局	訪問看護	居宅介護支援	訪問リハ	地域包括在宅介護	行政の福祉担当者	保健所
桑　員	8	9	0.0	0.0	87.5	12.5	12.5	50.0	37.5	0.0
三　泗	18	11	0.0	0.0	100.0	44.4	55.6	33.3	16.7	11.1
鈴　亀	5	8	0.0	20.0	100.0	100.0	60.0	60.0	20.0	0.0
津	15	8	13.3	20.0	80.0	60.0	60.0	66.7	40.0	13.3
伊　賀	20	11	5.0	10.0	100.0	10.0	25.0	65.0	20.0	5.0
松　阪	17	8	5.9	5.9	94.1	58.8	64.7	47.1	5.9	0.0
伊勢志摩	22	9	18.2	9.1	90.9	45.5	59.1	40.9	27.3	0.0
東紀州	8	4	12.5	0.0	100.0	25.0	25.0	25.0	25.0	0.0
合　計	113	68	8.0	8.0	93.8	41.6	47.8	48.7	23.0	4.4

資料：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成 29 年）

図表 5-11-36 関係機関との連携による往診や訪問診療の実施状況（在宅療養支援診療所）

（単位：か所、％）

構想区域	在宅療養支援診療所									
	連携の有無		ありの場合の連携割合（％）							
	あり	なし	歯科診療所	調剤薬局・薬局	訪問看護	居宅介護支援	訪問リハ	地域包括在宅介護	行政の福祉担当者	保健所
桑　員	8	0	37.5	37.5	100.0	75.0	37.5	62.5	25.0	12.5
三　泗	8	0	37.5	50.0	100.0	87.5	100.0	75.0	37.5	25.0
鈴　亀	19	5	36.8	52.6	100.0	63.2	63.2	68.4	31.6	15.8
津	18	1	11.1	22.2	94.4	66.7	61.1	66.7	27.8	5.6
伊　賀	4	0	25.0	25.0	100.0	50.0	25.0	75.0	0.0	0.0
松　阪	9	1	33.3	44.4	100.0	77.8	88.9	66.7	44.4	22.2
伊勢志摩	15	0	20.0	26.7	100.0	66.7	66.7	40.0	73.3	6.7
東紀州	3	1	33.3	33.3	100.0	33.3	66.7	0.0	0.0	0.0
合　計	84	8	27.4	36.9	98.8	67.9	65.5	60.7	36.9	11.9

資料：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」（平成 29 年）

図表 5-11-37 関係機関との連携による往診や訪問診療の実施状況（病院）

（単位：か所）

構想区域	連携の有無		ありの場合の１病院あたりの連携か所数											
	あり	なし	病院	在宅療養支援診療所	診療所	歯科診療所	調剤薬局・薬局	訪問看護	居宅介護支援	訪問リハ	地域包括在宅介護	行政の福祉担当者	保健所	その他
桑　員	2	2			2.0		0.5	2.5	0.5		3.0			
三　泗	5	1		2.2	0.2			0.6	0.4					
鈴　亀	3			0.7	9.0	6.7	10.0	1.3	6.7		0.3	0.3	0.3	
津	4	1		1.0		0.3	4.5	1.5	5.0	0.8	2.8	0.3	0.3	
伊　賀	2		1.5		3.0		0.5	2.0	3.0	0.5	0.5			
松　阪	3	2						0.7	0.3	0.3				
伊勢志摩	4	1		1.0				1.8	1.3	0.5		0.3		
東紀州	1	1						3.0	7.0					
合　計	24	8	0.1	0.9	1.6	0.9	2.1	1.4	2.6	0.3	0.8	0.1	0.1	

資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」（平成 29 年）

○各医療機能を担う医療機関

医療機能 / 構想区域	退院支援	日常の療養支援			急変時の対応(緊急往診)			在宅での看取り		
	入退院に伴う連携部門の設置施設	病院[1]	一般診療所[2]	在宅療養支援診療所[2]	病院[1]	一般診療所[2]	在宅療養支援診療所[2]	病院[1]	一般診療所[2]	在宅療養支援診療所[2]
	病院数	病院数	診療所数	診療所数	病院数	診療所数	診療所数	病院数	診療所数	診療所数
桑　員	10	4	12	8	4	11	8	3	11	7
三　泗	10	6	24	8	4	24	8	4	19	8
鈴　亀	8	3	8	25	2	8	25	2	7	20
津	15	5	19	18	2	19	18	3	16	17
伊　賀	5	2	26	4	2	23	4	2	20	4
松　阪	9	5	19	11	1	19	11	1	17	10
伊勢志摩	9	5	27	15	2	27	15	3	22	14
東紀州	2	2	12	4		12	3	1	6	4
合　計	68	32	147	93	17	143	92	19	118	84

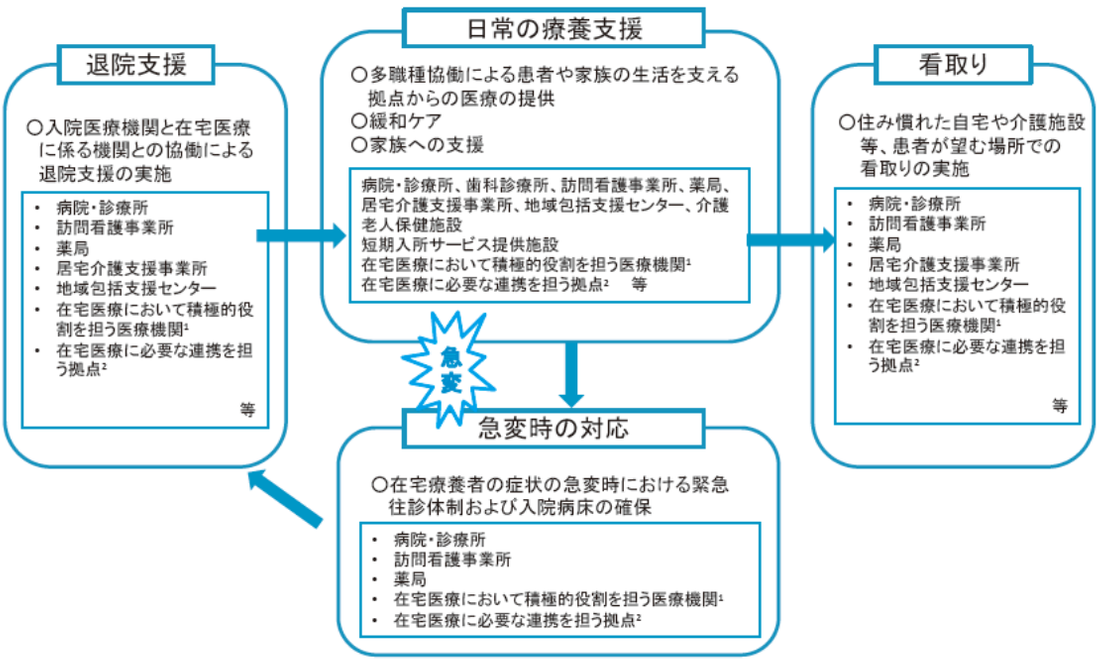
[1]資料：三重県「在宅医療および退院支援アンケート調査」(平成 29 年)
[2]資料：三重県医師会「在宅医療アンケート調査」(平成 29 年)

(3) 連携のあり方

○ 在宅医療の充実のためには、以下の４つのめざすべき方向から、各医療機関がそれぞれの機能を発揮し、さらにそれぞれの役割を担う関係機関が連携することにより、在宅医療が円滑に提供される体制を構築することが重要です。

① 入院医療機関と在宅医療に関わる機関との協働による退院支援の実施
② 多職種協働により在宅療養者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供
③ 在宅療養者の病状急変時における往診体制および後方支援病床の確保
④ 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

図表 5-11-38 在宅医療のイメージ図



[1] 自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所をいいます。

[2] 地域において多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、地域の医療・介護関係者による協議の開催、医療・介護関係機関の連携促進、在宅医療に関する人材育成や普及啓発等を実施する拠点をいい、標準的な規模の市町村の人口（7～10 万人程度）につき、1 か所程度を目途に設けられることが想定されています。

資料：厚生労働省「在宅医療連携拠点事業説明会資料」

○ 在宅医療フレームワークや在宅医療・介護連携推進事業に基づき、地域の実情に応じた在宅医療体制整備と連携強化を進めていくことが必要です。

3. 課題

(1) 入退院支援

○ 在宅療養に関する医療・介護資源の情報について、地域での把握を行うとともに、入院医療機関に対して情報提供を行っていくことが必要です。

○ 在宅療養への円滑な移行にあたり入院医療機関が行う退院支援が重要であることから、入院時から退院後の生活を見据えた退院支援体制の充実を図る必要があります。

○ 入院医療機関から在宅療養への移行や在宅療養の継続を円滑に行えるよう、病院と在宅療養のスタッフ、医療と介護のスタッフが顔の見える関係を構築することが必要です。

(2) 日常の療養生活の支援

○ サービスを選択し利用する側である地域住民の在宅医療に対する理解を深めるとともに、在宅療養患者に対して各関係機関が提供できる在宅医療サービスの情報を適切に提供していく必要があります。
○ 県内の在宅医療の提供体制にばらつきがあることから、在宅医療のニーズの高まりや多様化に対応するため、在宅医療資源の質と量の確保を図る必要があります。
○ 65 歳以上の高齢者人口の増加とともにがんの罹患者数や死亡者数の増加が見込まれることから、緩和ケアを含むがん患者に対応できる診療所や訪問看護ステーションの充実が求められます。
○ 医療依存度の高い小児の在宅医療への移行が進む中、保健、医療、福祉、教育等との連携体制の構築や、小児に対応可能な医療機関、訪問看護ステーションの充実が求められます。
○ 安心して在宅療養生活を継続できるよう、レスパイト体制の拡充等、在宅療養患者の家族の不安、負担を軽減する体制の構築が求められます。
○ 在宅医療に関わる多職種の関係機関が相互に密接な連携が図れるよう、効率的な情報共有（ＩＣＴを含む）の仕組みを構築するとともに、活用を促進する必要があります。
○ 24 時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数が全国平均を大きく下回っていることから、24 時間対応の事業所やその従事者の確保を図る必要があります。また、看取りや重症度の高い利用者に対応できるよう、訪問看護ステーション間の連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等の機能強化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が求められます。
○ 在宅歯科医療の充実とともに、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されていることから、医療機関等との連携や、地域口腔ケアステーションの充実を推進していくことが求められています。
○ 在宅における薬剤使用が適正に行われるよう、訪問薬剤管理指導を行う薬局のさらなる増加を図る必要があります。
○ 在宅生活を継続していく上で、身体機能・生活機能の維持向上のため訪問リハビリテーションを提供する体制の確保が求められます。
○ 居宅等で療養生活を送る際、低栄養の予防など食生活の改善につながるよう、歯科とも連携して適切な栄養管理を提供する体制が必要です。
○ 市町が在宅医療体制の整備を進めていく上で、医療資源の少ない市町のみでの体制整備は難しいため、近隣市町や郡市医師会、地域支援病院、特定機能病院*等の連携が必要です。

(3) 急変時の対応

○ 在宅療養患者の病状急変時に対応できるよう関係機関の連携によって 24 時間対応が可能な体制を構築するとともに、必要に応じて一時受入れを行う病院・有床診療所の連携体制を構築する必要があります。

(4) 看取り

○ 誰もが望む場所で人生の最期を迎えられるよう、住民の看取りに対する理解を深めるとともに、24 時間体制を含む地域の看取りを実施するための体制の確保・充実が必要です。
○ 介護施設入所者数の増加に伴い、介護施設での看取りを支援する体制の確保が必要です。

4．めざす姿と施策の展開

(1) めざす姿

○ 住み慣れた地域において、誰もが必要な医療・介護・福祉サービスが受けられ、人生の最期まで安心して自分らしい生活を実現できる体制が整っています。
○ 入院医療機関と在宅医療に係る機関との情報共有や連携が図られ、両者の協働による退院支援の実施および切れ目のない継続的な医療提供体制が確保されています。
○ 在宅医療を担う医療機関等の体制整備が図られ、患者の疾患、重症度に応じた医療が提供されるとともに、在宅医療に関わる多職種がチームとして在宅療養患者およびその家族を継続的かつ包括的にサポートする体制が確保できています。
○ 在宅療養者の病状急変時に、在宅医療を担う医療機関が 24 時間対応できる体制と、入院機能を有する医療機関が円滑に受入れできる体制が整っています。
○ 患者が望む場所で看取りを行うことができるよう、24 時間体制で看取りを実施できる体制が整っています。

(2) 取組方向

取組方向１：地域における在宅医療の提供体制の質と量の確保
取組方向２：多職種連携による、24 時間安心のサービス提供体制の構築
取組方向３：県民等への在宅医療・在宅看取りの普及啓発

(3) 数値目標

介護保険事業（支援）計画の計画期間（３年）と合わせて医療計画（６年）の半期に見直しを行うこととされていることから、平成 32 年度、平成 35 年度の目標値を設定します。

<table>
<tr><th>目標項目</th><th>目標項目の説明</th><th colspan="2">目標値・現状値</th></tr>
<tr><td rowspan="4">訪問診療を実施する病院・診療所数

【ＮＤＢ】</td><td rowspan="4">訪問診療件数の目標値の伸び率に応じて、目標値を設定します。※</td><td colspan="2">目　標</td></tr>
<tr><td>H32</td><td>H35</td></tr>
<tr><td>504</td><td>561</td></tr>
<tr><td colspan="2">現　状(H27)</td></tr>
<tr><td colspan="3">447 施設</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>訪問診療件数

【ＮＤＢ】</td><td>地域医療構想に基づき訪問診療の件数が比例的に増加していくと仮定すると、現状の7,519件から平成32年には8,473件、平成35年には9,427件に増加すると推計しており、これを目標値とします。</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
8,473 | 9,427
現　状(H27)
7,519件／月</td></tr>
<tr><td>24 時間体制の訪問看護ステーション従事者数のうち、看護師・准看護師数
【介護サービス施設・事業所調査】</td><td>24時間体制の訪問看護ステーション従事者数のうち、看護師・准看護師数を平成32 年に全国平均まで増加させ、平成 35 年にはさらに増やすことを目標とします。</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
441 | 538
現　状(H27)
344人</td></tr>
<tr><td>訪問看護提供件数

【ＮＤＢ、介護ＤＢ】</td><td>訪問看護提供件数を平成32年に全国平均まで増加させ、平成35年にはさらに増やすことを目標とします。</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
100,195 | 115,694
現　状(H27)
84,696件／年</td></tr>
<tr><td>在宅療養支援歯科診療所またはかかりつけ歯科医機能強化型診療所の届出をしている歯科診療所数
【届出受理医療機関名簿】</td><td>「第２次みえ歯と口腔の健康づくり基本計画」に準じ、平成35年に219施設に増やすことを目標とします。</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
192 | 219
現　状(H29)
165施設</td></tr>
<tr><td>居宅療養管理指導を算定している薬局数

【国保連合会介護給付適正化システム】</td><td>居宅療養管理指導を算定している薬局数を、平成35年に現在、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出がある薬局 729 施設と同数まで増やすこととします。</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
500 | 729
現　状(H28)
272施設</td></tr>
<tr><td>退院時共同指導件数

【ＮＤＢ】</td><td>退院時共同指導件数を平成32年に全国上位の値まで増加させ、平成35年にはさらに増やすことを目標とします。</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
450 | 670
現　状(H27)
230件／年</td></tr>
<tr><td>在宅看取りを実施している病院・診療所数

【ＮＤＢ】</td><td>訪問診療件数の目標値の伸び率に応じて、目標値を設定します。※</td><td colspan="2">目　標
H32 | H35
174 | 195
現　状(H27)
155施設</td></tr>
</table>

※地域医療構想に基づき訪問診療の件数が比例的に増加していくと仮定すると、現状の 7,519 件から平成 32 年には 8,473 件、平成 35 年には 9,427 件に増加すると推計されることから、この需要と同じ伸び率で医療機関数を増やすこととします。

（4）取組内容

取組方向１：地域における在宅医療の提供体制の質と量の確保

○ 身近な地域で在宅医療を受けられるよう、訪問診療を実施する一般診療所や在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ステーション等の拡大を図ります。（医療機関、医療関係団体、市町、県）

○ 第一線の現場でさまざまな疾患を幅広く見ることのできる医師を確保し、地域の医療と介護をつなぐ役割を果たすことのできる、かかりつけ医や総合診療医等の総合的な診療能力を持つ医師の育成を進めます。（医療機関、医師会、三重大学、県）

○ 医療依存度の高い子どもが安心して在宅療養できるよう、保健、医療、福祉、教育等との連携体制の構築や、対応可能な医療機関、訪問看護ステーションの確保に向けた人材育成に取り組みます。（三重大学、医療関係団体、関係機関）

○ 多様化する在宅医療ニーズをふまえ、質の高い在宅医療を提供するため在宅療養患者への訪問看護、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等を担う人材の育成や定着を図ります。（医療機関、三重大学、医療関係団体、市町、関係機関、県）

○ 安心して在宅療養を継続できるよう、病状急変時における緊急入院やレスパイトケア*等、短期受入れベッドの確保を進めます。（医療機関、市町）

○ 在宅歯科医療に係る専門的な歯科治療や口腔ケアが安全かつ効果的に実施されるよう、医療、介護関係者等を対象とした研修会を開催します。（医療機関、医師会、歯科医師会、関係機関、県）

○ 在宅歯科医療の充実に向け、地域ごとに口腔ケアステーションとしての機能を整備するとともに、地域で継続して歯科受診ができるよう、歯科医療従事者の資質向上や医療・介護関係者との連携を進めます。（医療機関、歯科医師会、県）

○ 在宅における薬剤指導が適正に行われるよう、患者、家族および関係職種における薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施等、薬剤管理体制の整備を進めます。（薬局、医療機関、薬剤師会、県）

○ 在宅等において使用される医療材料等の購入にあたり、無駄なく効率的に供給できる医療材料供給ルートの整備を検討します。（医療機関、医師会、薬剤師会、市町、関係機関）

○ 医療・介護関係者等で構成する三重県在宅医療推進懇話会において検討した在宅医療フレームワークに基づき、市町の取組状況を把握しながら、全県的な在宅医療提供体制の整備を進めます。（医療機関、市町、関係機関、県）

取組方向２：多職種連携による、24 時間安心のサービス提供体制の構築

○ 在宅療養患者に必要な在宅医療が効率的に提供されるよう、地域における在宅医療の課題抽出を行う検討会等の取組を促進します。（医療機関、市町、関係機関、県）

○ 入院時から退院後の生活を見据えた退院支援が行われるよう、退院支援・調整に関わる職種を対象とした研修会を開催します。（医療機関、関係機関、県）

○ 医師、看護師、歯科医療従事者、薬剤師、リハビリテーション関係職種、栄養士、介護・福祉職種等による多職種協働が図られるよう、さまざまな職種が参加する事例検討会等の取組を促進します。（医療機関、市町、関係機関、県）

○ 介護支援専門員（ケアマネジャー）、相談支援専門員等に対する研修において、医療に関する理解を深めるカリキュラムの充実を図ります。（関係団体、市町、関係機関、県）
○ 医療・介護にまたがるさまざまな支援を包括的・継続的に提供する連携体制の構築を図るため、市町が中心となって、関係機関間の緊密な連携調整を行います。（医療機関、市町、関係機関、県）
○ がん、脳卒中等の地域連携クリティカルパスの整備にあたり、地域横断的に利用できるよう調整を図るなど、県内のどこに住んでいても切れ目のない医療の提供を進めます。（医療機関、医師会、病院協会、市町、県）
○ 主治医・副主治医体制等、医師の在宅医療に対する負担を軽減するネットワーク構築の検討を進めます。（医療機関、医師会）
○ 多職種の密接な連携を図るため、効率的な情報共有の仕組みの構築と活用について個人情報保護への配慮を含めた検討を行います。（医療機関、関係団体、市町、関係機関）
○ 在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等により、地域の医療・介護関係者を支援する相談窓口や連携拠点の充実、強化を図ります。（医療機関、市町、関係機関、県）
○ 在宅医療・介護連携推進事業の取組が進められるよう、市町担当者同士が集う場の設定やヒアリングを実施し、他市町の具体的な取組の紹介や情報提供、意見交換会を開催するとともに、近隣市町や郡市医師会等の医療・介護関係機関との連携の推進を支援します。（市町、医療機関、県）

取組方向３：県民等への在宅医療・在宅看取りの普及啓発

○ 誰もが希望する場所で人生の最期を迎えることができるよう、人生の最期の過ごし方について考える機会の提供や在宅医療・在宅看取りや各関係機関が提供できる医療・介護サービスについて周知を図るなど、地域住民等への普及啓発を行います。（医療機関、関係団体、市町、関係機関、県）
○ 入院医療機関の医師や看護師、退院支援に関わる担当者等および地域の介護支援専門員（ケアマネジャー）、相談支援専門員等に対して、在宅医療についての普及啓発を行います。（医療機関、関係団体、市町、関係機関、県）
○ 介護施設における職員への看取り教育の実施を検討します。（医療機関、関係団体、市町、関係機関、県）

第１節｜医療安全対策

(1) 現状

① 医療の質と安全の確保

○ 急速に少子高齢化が進む中、限りある医療資源を効率的かつ効果的に活用していく必要がある一方、医療の質の確保の観点から、医療安全対策の重要性が高まっています。このような中、「医療法」が一部改正され、平成 19（2007）年４月から、病院・診療所・助産所に対し、医療安全の体制確保、院内感染制御体制の整備、医薬品・医療機器の安全使用および管理体制の整備が義務づけられています。

○ 医療安全管理体制については、全ての病院、診療所および助産所に対して、安全管理指針の整備、安全管理委員会の開催（診療所および助産所については、有床診療所および妊産婦等を入所させるための施設を有する助産所に限る。）、安全管理のための職員研修の実施、事故報告等や医療安全の確保を目的とした改善策を講ずることが義務づけられています。特定機能病院および臨床研修病院においては、さらに医療安全管理者、医療安全管理部門、相談窓口の設置が義務づけられています。

○ 院内感染対策については、平成 28（2016）年２月に発足した「三重県感染症対策支援ネットワーク（Mie IC Net）」において、院内感染のアウトブレイク（集団発生）時の改善支援や感染対策に関する相談支援、医療従事者を対象とした研修会の開催に加え、県内の感染症関連の動向を把握するための微生物・抗菌薬のサーベイランスや微生物の特殊検査が実施可能な医療機関の紹介等の取組を実施しています。

② 医療事故の防止

○ 平成 16（2004）年９月に「医療法施行規則」が一部改正され、特定機能病院や独立行政法人国立病院機構が設立する病院等は、医療事故が発生した場合には厚生労働大臣の登録を受けた第三者機関（公益財団法人日本医療機能評価機構）へ報告することが義務づけられました。その他の病院についても任意で報告を行うことが可能で、収集された事例は同機構により分析され、「医療安全情報」として医療機関等に毎月発信されています。

○ 平成 26（2014）年６月の「医療法」の一部改正では、医療事故が発生した際に、その原因を究明し、再発防止に役立てることを目的とした「医療事故調査制度」が定められ、平成 27（2015）年 10 月から施行されています。医療事故が発生した医療機関は、遺族への説明や医療事故調査・支援センターへの報告を行うなどの対応が義務づけられています[1]。

③ 医療に関する相談体制の充実

○ 県では、平成 15（2003）年に「三重県医療安全支援センター」を開設し、患者およびその家族等の医療に関する相談や苦情に応じるとともに、医療機関への情報提供や関係者間の連絡調整、医療従事者を対象とした研修会の開催等の取組を実施しています。センターの

[1] 医療事故調査制度での「医療事故」とは、「病院、診療所又は助産所に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該病院等の管理者が死亡又は死産を予期しなかったもの」となっています。

活動方針について、「三重県医療安全推進協議会」で検討が行われ、県民の医療に対する信頼を高めるとともに、医療機関等における患者サービスの向上を図っています。

○ 三重県医療安全支援センターの医療相談窓口には、専門の相談員（看護師）を配置し、健康や病気に関すること、診療に関するトラブル等、さまざまな相談や苦情が寄せられていますが、その件数は増加傾向にあります。

図表 6-1-1 相談・苦情件数の推移

（単位：件）

年　度	20 年度	21 年度	22 年度	23 年度	24 年度	25 年度	26 年度	27 年度	28 年度
相　談	308	281	394	445	367	473	445	525	514
苦　情	533	412	295	310	379	331	374	346	298
その他	4	0	0	0	0	0	0	10	9
合　計	845	693	689	755	746	804	819	881	821

※その他には、医療安全に関する要望や提言等が含まれています。

資料：三重県医療安全支援センター集計

○ 平成 29（2017）年 3 月時点で県内の 100 床以上の病院（62 施設）で、診療報酬の医療安全対策加算を届け出ている医療機関（医療安全相談窓口の設置など）は 45 施設となっています。

(2) 課題

① 医療の質と安全の確保

○ 全ての医療機関が、患者に安全な医療を提供することの重要性を認識し、医療安全対策に自主的に取り組んでいくとともに、常に見直しを行っていくことが必要です。

○ 全ての医療機関において医療安全体制、院内感染対策体制が確立されるよう、各医療機関への立入検査を実施する保健所の検査担当職員の専門性を確保し、医療安全体制等の確認や取組への適切な助言を行うことが必要です。

○ 医療機関等における院内感染対策が適切に実施されるよう、施設間の感染対策相談体制を充実させるとともに、アウトブレイク時における専門的な支援の仕組みを継続していく必要があります。

② 医療事故の防止

○ 医療事故の防止に向け、医療安全管理体制を充実させるためには、医薬品・医療機器等の安全管理を含め、医師だけではなく、さまざまな職種からなる医療従事者による組織的な取組が必要です。

○ 医療事故調査制度における医療事故調査・支援センターへの報告が適切に実施されるよう、医療機関に対して制度の周知徹底を行うとともに、個々の医療機関が医療事故の判断や調査手法等に関する相談対応や助言を受けられるよう、専門的な支援の仕組みを継続していく必要があります。

③ 医療に関する相談体制の充実

○ 三重県医療安全支援センターの役割を県民に一層周知していくとともに、相談員など対応職員の資質向上に努め、相談機能の充実を図っていく必要があります。

○ 医療機関における医療安全や患者相談機能を支援するため、必要な研修や情報提供を充実するとともに、施設内への患者相談窓口の設置等を働きかけていく必要があります。

(3) めざす姿

○ 医療安全の確保に向け、医療事故および院内感染の未然防止や、医療に関する情報提供、相談体制の充実が図られ、県民が安心・納得して質の高い医療を受けています。

(4) 取組方向

取組方向１：医療の質と安全の確保および医療事故の防止
取組方向２：三重県医療安全支援センターの機能の充実

(5) 取組内容

取組方向１：医療の質と安全の確保および医療事故の防止

○ 三重県医療安全推進協議会での医療安全の推進方策に係る検討をふまえ、医療の質の向上と安全の確保に向けた取組を展開します。（医療機関、医療関係団体、県）

○ 医療機関全体で、医療事故や院内感染の未然防止、発生時の適切な対応を行う組織的な体制を整備します。また、ヒヤリ・ハット*や医療事故等の事例に係る原因の分析を行った上で、明確な責任体制のもとでの再発防止策を実行します。（医療機関、県）

○ 医薬品が関係する医療事故も多いため、医療施設内の調剤部門や地域における薬局においても、服薬指導や薬剤管理等、薬品使用の安全性を確保する管理体制を整備します。（医療機関、薬局、医療関係団体、県）

○ 医療機関において、医療機器が適切に管理・使用されるよう管理体制を整備します。（医療機関、県）

○ 「医療法」、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」に基づく医療機関への立入検査において、医療安全体制等の確認を行うとともに、安全管理意識の普及啓発を実施します。（医療機関、保健所設置市、県）

○ 医療機関等は、予防対策や初期対応などの院内感染対策を適切に実施するとともに、必要に応じて、三重県感染症対策支援ネットワーク（Mie IC Net）等による感染対策相談やアウトブレイク時の助言等の専門的な支援を活用します。（医療機関、三重県感染症対策支援ネットワーク（Mie IC Net）、県）

○ 医療機関は、医療事故調査制度に関する情報提供や医療事故調査等支援団体による助言等の支援を受けて、同制度に基づく報告や対応を適切に行います。（医療機関、医療事故調査等支援団体、県）

取組方向２：三重県医療安全支援センターの機能の充実

○ 患者と医療従事者の相互信頼と協力関係のもとで医療が実施されるよう、必要な知識と情報の提供等の取組を推進します。（医療機関、市町、県）

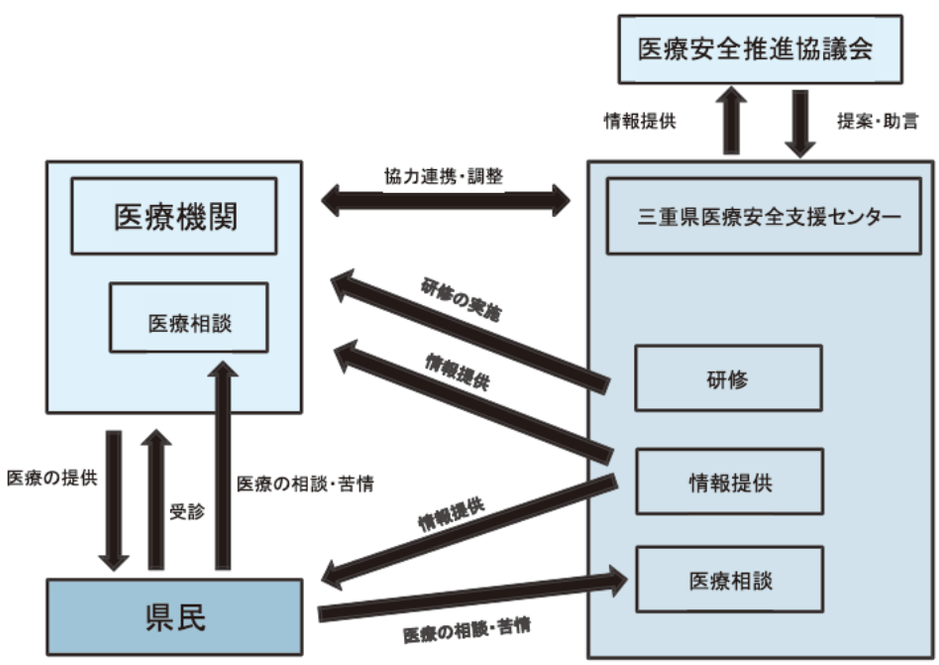
○ 患者等からの相談や苦情に迅速かつ適切に対応するとともに、医療安全推進協議会において相談事例の分析や情報共有を行い、窓口対応への活用や医療機関等への情報提供につなげます。（三重県医療安全支援センター、県）

○ 医療安全推進協議会での検討結果をふまえ、医療従事者や医療機関の管理者に対し医療安全に係るスキルの向上を図ることを目的とした研修会を実施します。（三重県医療安全支援センター、県）

○ 医療機関において患者相談窓口等を設置するなど、患者等との信頼関係を構築するための体制づくりが進められるよう働きかけます。（医療機関、三重県医療安全支援センター、県）

【三重県医療安全支援センターの概要】
所 在 地：〒514-8570　津市広明町 13 番地
　　三重県庁４階（健康福祉部医療対策局医務国保課内）
電話番号：059-224-3111　　E-mail ｱﾄﾞﾚｽ：iryos@pref.mie.jp
相談方法：面談・電話による　月曜～金曜　８：30～12：00、13：00～17：00
　　（ただし、祝日および年末年始の休日は除きます。）
相談内容：医療や健康、病気等についての相談

図表 6-1-2 医療相談支援に関する連携体制



第２節｜臓器移植対策

1. 臓器移植

（1）現状

○ 臓器移植については、心停止後に角膜と腎臓の移植が行われてきましたが、平成９（1997）年 10 月に「臓器の移植に関する法律」が施行され、わが国においても脳死者からの臓器移植（心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球（角膜））が可能となりました。

○ 平成 21（2009）年７月、「臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律」（以下「改正臓器移植法」という。）が公布されたことにより、平成 22（2010）年１月から親族への優先提供の意思表示が可能になるとともに、平成 22（2010）年７月からは本人の意思が不明な場合も家族の承諾があれば臓器が提供できるようになり、意思表示の年齢制限（15 歳以上）が事実上撤廃されました。

○ 臓器移植の推進については、「日本臓器移植ネットワーク」および「三重県角膜・腎臓バンク協会」が普及啓発活動や臓器提供施設等との調整を行っています。

○ 県は、臓器移植コーディネーター*の設置等、「三重県角膜・腎臓バンク協会」の活動を支援するとともに、臓器提供意思表示カードおよび運転免許証裏面への記載の普及など臓器移植についての普及啓発等を実施しています。

○ 県内での臓器移植に係る医療体制は、肝臓の移植施設として三重大学医学部附属病院が、腎臓の移植施設として三重大学医学部附属病院と市立四日市病院が、角膜の移植施設として４施設（三重大学医学部附属病院、伊勢赤十字病院、岡波総合病院、東海眼科）が選定されています。

○ 脳死下での臓器（心臓・肺・肝臓・膵臓・小腸・腎臓・眼球（角膜））提供は、13 病院で実施でき、心停止後の臓器（腎臓・膵臓・眼球（角膜））提供は、その他の医療機関でも実施することができます。

○ 臓器移植は、現在、末期臓器不全に対する極めて有効な治療方法ですが、臓器提供者が少ないため移植希望に応えられていない状況です。

図表 6-2-1 臓器提供意思表示カード



※臓器提供の意思表示欄があらかじめ設けられている運転免許証や被保険者証も増えています。

図表 6-2-2 角膜・腎臓提供者数および移植数（三重県）

（単位：人、件）

	角　膜		腎　臓	
	提供者数	移植数	提供者数	献腎移植数
平成 19 年度	1	4	1	2
平成 20 年度	3	9	1	1
平成 21 年度	0	1	0	0
平成 22 年度	2	3	0	0
平成 23 年度	6	26	0	0
平成 24 年度	4	22	2	3
平成 25 年度	3	17	1	1
平成 26 年度	1	14	0	0
平成 27 年度	3	15	3	6
平成 28 年度	1	8	0	0

資料：三重県角膜・腎臓バンク協会集計

(2) 課題

○ 脳死または心停止の患者について、臓器提供意思表示カードや家族の意思等に基づいて、臓器提供が積極的に行われる環境づくりが求められています。

○ 移植医療に関する県民の理解を深めるとともに、関係医療機関および医療従事者に改正臓器移植法や関連情報を的確に伝える必要があります。

(3) めざす姿

○ 多くの県民が臓器提供の意思表示を行い、臓器の提供数が増えるとともに、医療機関内の臓器提供体制が整備されています。

(4) 取組方向

取組方向１：移植希望者および移植医療実施機関に対する支援
取組方向２：臓器移植の普及啓発の実施
取組方向３：臓器提供施設の体制強化

(5) 取組内容

取組方向１：移植希望者および移植医療実施機関に対する支援

○ 腎臓移植希望者に対して、組織適合性検査費に対する助成を実施します。（三重県角膜・腎臓バンク協会、県）
○ 眼球摘出を行う移植医療実施機関に対して、眼球摘出に必要な費用の一部を助成します。（三重県角膜・腎臓バンク協会、県）
○ 臓器移植の実施にあたり、実施機関に移植コーディネーターを派遣し、ドナー家族への説明等の支援を行います。（三重県角膜・腎臓バンク協会）

取組方向２：臓器移植の普及啓発の実施

○ 意思表示カードおよび運転免許証裏面への記載の普及等、臓器移植の啓発活動を積極的に推進します。（医療機関、市町、関係機関、県）
○ 医療従事者に対して、移植医療に関する理解を深めるための取組を実施します。（医療機関、関係機関、県）

取組方向３：臓器提供施設の体制強化

○ 臓器提供施設内に設置している院内コーディネーター等の協力を得て、医療機関から臓器提供候補者家族への積極的な働きかけが可能となるよう、体制の強化や医療機関従事者への研修を行います。（医療機関、三重県角膜・腎臓バンク協会、県）

2. 造血幹細胞移植

(1) 現状

○ 「造血幹細胞移植」は、白血病や再生不良性貧血等の病気に冒された造血幹細胞を健康な人（ドナー）の造血幹細胞に置きかえる治療法です。骨髄から採取した細胞の移植を「骨髄移植」、末梢血から採取した細胞の移植を「末梢血幹細胞移植」、さい帯血（へその緒に流れる血液）を使用するものを「さい帯血移植」といいます。

○ わが国では、骨髄バンク事業が平成４（1992）年から開始され、平成 29（2017）年８月末現在の非血縁者間移植実施数は 21,076 例と多くの命を救う実績をあげています。

○ 平成 29（2017）年８月末現在、全国で約 1,500 人の患者が骨髄移植を待っています[2]が、ドナー候補者の健康状態等によっては骨髄提供ができない場合もあり、移植を受けられない患者が未だ多いのが実情です。

○ 平成 29（2017）年８月末現在の本県の骨髄ドナー登録者数は、4,530 人となっています[2]。

○ 造血幹細胞が多く含まれるさい帯血を移植するさい帯血移植は、ドナー負担がなくコーディネートが不要であることや、成人にも移植可能な細胞数の多いものが提供可能となってきたことなどから、移植件数が増加し骨髄移植と並ぶ治療方法として定着してきました。

○ 東海地方では、「中部さい帯血バンク」が設立されていますが、平成 29（2017）年８月末現在、さい帯血採取病院は 10 病院（愛知県内 9 病院、岐阜県内１病院）と限られており、県内の病院では、さい帯血提供希望者の採取はできない状況にあります。

(2) 課題

○ ドナー登録者数の増加に向けた取組が必要です。

○ 提供希望者の負担軽減に向けた支援制度の普及が求められています。

○ 移植希望者への情報提供と、患者が適切な医療が受けられるよう、コーディネート機能の充実が求められています。

(3) めざす姿

○ 骨髄移植等を必要としている人が、適切に移植を受けています。

(4) 取組方向

取組方向１：骨髄移植等の普及啓発の推進
取組方向２：提供希望者、移植希望者および移植医療実施機関に対する支援
取組方向３：骨髄移植等が適切に行われるためのコーディネート機能等の充実

(5) 取組内容

取組方向１：骨髄移植等の普及啓発の推進

○ 骨髄バンクの必要性やドナー登録の普及啓発を推進します。（医療機関、市町、関係機関、

[2] 出典：公益財団法人 日本骨髄バンク公表資料

県）

取組方向２：提供希望者、移植希望者および移植医療実施機関に対する支援

○ 移植希望者および移植医療実施機関に適切な情報提供を行います。（関係機関、県）

○ 提供希望者の負担軽減に向けた支援制度の普及啓発を推進します。（市町、関係機関、県）

取組方向３：骨髄移植等が適切に行われるためのコーディネート機能等の充実

○ ドナー候補者と移植希望者のコーディネートを行うとともに、ドナー候補者に対しての提供意思の最終確認等を円滑に行うよう取り組みます。（関係機関）

第３節｜難病・特定疾患等対策

1. 難病・特定疾患

（1）現状

○ 難病対策については、昭和 47（1972）年 10 月に策定された「難病対策要綱」により実施されてきましたが、平成 26（2014）年５月に、「難病の患者に対する医療等に関する法律」（以下「難病法」という。）が成立し、平成 27（2015）年 1 月 1 日から施行された難病法に基づき、難病の患者に対する医療費の助成、難病の医療に関する調査および研究の推進、療養生活環境整備事業の実施の３本柱により総合的な対策として行われることとなりました。

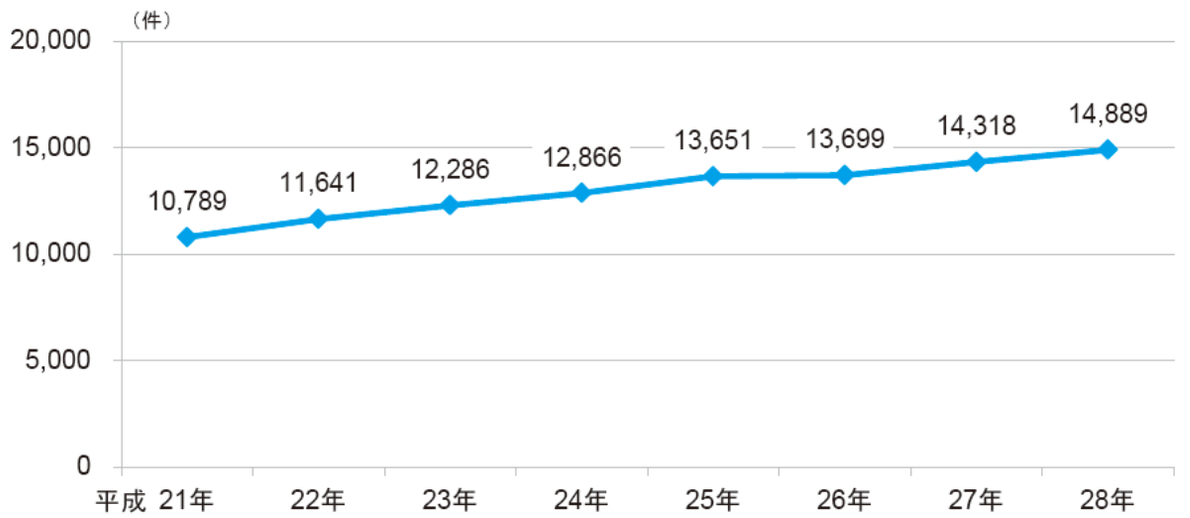
○ 難病法では、難病について「発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない稀少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることになるもの」と定義しています。このうち平成 29（2017）年 4 月現在、330 疾病が指定難病とされ、その医療費の一部を公費負担することで経済的な支援を行っています。平成 28（2016）年度末現在、県内の特定医療費（指定難病）医療受給者証所持者数は 14,889 人となっています。

○ 医療費助成における対象疾病の拡大や小児期から成人期への切れ目のない支援の必要性、難病の医療提供体制の整備等さまざまな課題が指摘されており、国においても検討が続けられています。

○ 難病患者が地域で安心して療養しながら暮らしを続けていくことができるよう、難病患者等に対する相談・支援、地域交流活動の促進および就労支援などを行う拠点施設として、本県においては平成 17（2005）年に三重県難病相談支援センターを設置し、難病患者の自立と社会参加を支援しています。

○ 平成 25（2013）年４月に施行された「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（以下「障害者総合支援法」という。）において、障がい者の範囲に難病患者が加えられ、必要と認められた障がい福祉サービス等が市町で実施されています。

図表 6-3-1 三重県の特定疾患・特定医療費医療受給者証所持者数の推移



※平成 26 年までは特定疾患医療受給者証所持者数、平成 27 年以降は特定医療費医療受給者証所持者数
資料：厚生労働省「衛生行政報告例」

【三重県難病相談支援センターの概要】

所 在 地： 〒514-8567
津市桜橋３丁目 446-34
三重県津庁舎保健所棟１階
電話番号： 059-223-5035
ＦＡＸ： 059-223-5064
E-mail ｱﾄﾞﾚｽ： mie-nanbyo@comet.ocn.ne.jp
ホームページ： http://www.mie-nanbyo.server-shared.com/
活動内容： 相談支援（平日 9:00～16:00）
電話相談、面接相談、メール相談
地域相談会の開催
患者会や患者家族会の開催、疾患別学習会等
就労支援
情報提供（ホームページ、センターニュース等）

(2) 課題

○ 難病患者およびその家族が安心して療養生活を送ることができるよう、保健・医療・福祉が連携を図り、支援していく必要があります。
○ 国における難病対策のあり方の検討結果等をふまえ、医療費助成制度の円滑な運用や医療提供体制の確保等について、本県における実施体制を再整理していく必要があります。

(3) めざす姿

○ 難病患者およびその家族が地域で安心して在宅療養生活を送ることができるよう、医療機

関をはじめとする地域の関係機関の連携が進むとともに、三重県難病相談支援センターを中心とした相談支援体制や、在宅療養生活を支えるサービスが充実するなどＱＯＬ（生活の質）が向上しています。

(4) 取組方向

取組方向１：指定難病に係る患者の医療費負担の軽減と医療提供体制の確保
取組方向２：在宅における難病患者およびその家族の療養生活に対する支援の充実

(5) 取組内容

取組方向１：指定難病に係る患者の医療費負担の軽減と医療提供体制の確保

○ 難病法に定める特定医療費の支給制度に沿って、適切な医療費の一部公費負担を実施します。（医療機関、県）
○ 専門性と経験を有する拠点的な医療機関である拠点病院や、拠点・協力病院によって組織されている難病医療連絡協議会を中心として、地域のさまざまな医療機関が連携し、より身近な地域で長期にわたる治療・療養を支える医療提供体制の整備を進めるとともに、入院施設の確保を行うことにより、重症難病患者の受入れを円滑に行うための協力体制を維持していきます。（医療機関、市町、県）

取組方向２：在宅における難病患者およびその家族の療養生活に対する支援の充実

○ 難病患者に対する適切な在宅医療支援を行うための医療相談事業、訪問相談事業、訪問診療事業等を実施します。（医療機関、市町、関係機関、県）
○ 障害者総合支援法に基づき、在宅難病患者に対する障がい福祉サービス等を実施します。（市町、関係機関、県）
○ 在宅で療養する難病患者の家族等のレスパイトケアのため、必要な入院等ができる受入れ先の確保に努めます。（医療機関、市町、関係機関、県）
○ 三重県難病相談支援センターについては、難病患者を適切なサービスに結び付けていく役割を重視し、地域で生活する難病患者およびその家族の療養上、日常生活上の悩み等に対する相談支援の拠点施設として運営します。また、関係機関と連携して就労支援にも取り組んでいきます。（医療機関、市町、関係機関、県）
○ 難病に対する正しい理解と普及啓発を進めます。（医療機関、医療関係団体、市町、関係機関、県）

2. ハンセン病

(1) 現状

○ ハンセン病は、1873 年にノルウェーの医師アルマウェル・ハンセンが発見した「らい菌」による慢性感染症で、らい病とも呼ばれました。かつては感染力が強いと誤解されたことや患者の外見上の特徴から、ハンセン病患者は差別や隔離政策の対象となりました。実際には感染力は極めて弱く、現在では治療法が確立しています。

○ 「らい予防法」による強制的な隔離政策は、平成８（1996）年の同法の廃止により終止符が打たれました。

○ ハンセン病療養所の入所者は法的には自由の身となりましたが、偏見や差別が解消されず、また、ハンセン病回復者の高齢化等が障壁となり、療養所入所者の多くは退所することなく現在に至っています。平成 29（2017）年 12 月１日現在の本県出身の療養所入所者数は 38 人です。

(2) 課題

○ ハンセン病回復者の社会復帰の支援策として、相談窓口等の設置、住宅・医療・介護の援助等、生活環境の整備とともに、県民がハンセン病を正しく理解し、偏見や差別を解消するための施策が必要です。なお、療養所入所者の高齢化が進んでおり、健康状態やニーズに配慮した適切な対応が必要となっています。

(3) めざす姿

○ ハンセン病に対する偏見や差別が解消され、ハンセン病回復者およびその家族が安心して充実した生活を送っています。

(4) 取組方向

取組方向１：ハンセン病問題に係る人権啓発の推進
取組方向２：ハンセン病回復者およびその家族の生活に対する支援

(5) 取組内容

取組方向１：ハンセン病問題に係る人権啓発の推進

○ ハンセン病を正しく理解し、偏見や差別をなくすための普及啓発を推進します。（市町、県）

取組方向２：ハンセン病回復者およびその家族の生活に対する支援

○ 療養所入所者に対する訪問事業、里帰り事業、社会復帰支援等を実施します。（県）

○ 療養所入所者の家族に対する生活援護を実施します。（県）

○ 社会復帰したハンセン病回復者およびその家族を対象に、皮膚科の専門医の協力を得て、検診や生活相談等を実施します。（医療機関、県）

第４節｜アレルギー疾患対策

(1) 現状

○ アレルギー疾患は、国民の約２人に１人が罹患している国民病であり、喘息死については、減少しているものの、花粉症などのアレルギー疾患は増加しています[3]。

○ 平成 27（2015）年 12 月、「アレルギー疾患対策基本法」が施行され、平成 29（2017）年 3 月に「アレルギー疾患対策基本方針」（以下「基本方針」という。）が告示されました。基本方針には、「地方公共団体は、基本的な考え方にのっとり、アレルギー疾患対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定及び実施するよう努めなければならない。」と明記されています。

○ 基本方針等を受け、国の「アレルギー疾患医療提供体制の在り方に関する検討会」において議論が重ねられ、平成 29（2017）年 7 月、今後、都道府県がアレルギー疾患対策として実施しなければならない事項が定められました。

○ アレルギー疾患対策における県の役割は、アレルギー疾患に係る拠点病院を選定するとともに、拠点病院が実施するアレルギー疾患に携わる医療従事者の知識・技能の向上に資する研修、啓発活動およびアレルギー疾患の調査・分析等の支援のほか、県、拠点病院、医療関係者、学校関係者、市町等で構成する地域連絡協議会を設置し、地域の実情に応じたアレルギー疾患対策を総合的に推進することです。

○ 今後、関係機関と調整しながら、アレルギー疾患に係る拠点病院を選定し、地域連絡協議会を設置し、アレルギー疾患対策を実施していきます。

(2) 課題

○ アレルギー疾患は、複数の疾病を合併することが多く、そのため、複数の診療科を超えて症状が現れることが特徴であり、対症療法はあるものの、根本的な治療法が確立されていません。加えて、患者およびその家族の生活の質が低下するという大きな問題があるため、アレルギー疾患を総合的に診療できる専門医の育成が必要です。

(3) めざす姿

○ アレルギー疾患の治療管理は、各アレルギー疾患への横断的な視点と、乳児から高齢者までのライフサイクルを見据えた診療能力を有し、総合的な診療ができる専門医が必要です。このため、アレルギー診療に特化した拠点病院が、アレルギー疾患医療に携わる医療関係者の知識の向上を図ることで、アレルギーを総合的に診療できるクリニックが増えています。

[3] 出典：厚生労働省「第１回アレルギー疾患対策推進協議会」資料

（4）取組方向

取組方向１：アレルギー疾患に係る拠点病院の選定
取組方向２：アレルギー疾患に係る地域連絡協議会の設置
取組方向３：総合的なアレルギー対策の実施

（5）取組内容

取組方向１： アレルギー疾患に係る拠点病院の選定

○ 関係機関と調整し、拠点病院を１～２か所選定します。（県）

取組方向２：アレルギー疾患に係る地域連絡協議会の設置

○ 県、拠点病院、医療関係者、学校関係者、市町等で構成するアレルギー疾患に係る地域連絡協議会を設置します。（拠点病院、関係機関、県）

取組方向３：総合的なアレルギー対策の実施

○ 拠点病院において、総合的にアレルギー疾患を診療できる専門医の育成を行い、三重県内のアレルギー疾患の患者の生活の質の向上を図ります。（拠点病院、関係機関、県）

○ アレルギー疾患に係る地域連絡協議会において、三重県が抱えるアレルギー疾患における課題等について議論するとともに、取り組むべき方向・方法を明らかにすることで、総合的なアレルギー疾患対策を推進します。（拠点病院、関係機関、県）

第５節｜高齢化に伴う疾患等対策

（1）現状

○ 高齢化が進む中、75 歳以上の後期高齢者が要介護状態となる原因として、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）、フレイル（虚弱）、転倒による大腿骨頸部の骨折等の問題が指摘されています。

○ 厚生労働省の平成 28 年国民生活基礎調査では、介護が必要になった主な原因について、要支援者では「関節疾患」「高齢による衰弱」「骨折・転倒」の３項目が上位３位を占めており、これらの疾患等が生活の質の低下を招いていることが伺えます。

図表 6-5-1 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位3位）

（単位：%）

要介護度	第１位		第２位		第３位	
総　　数	認知症	18.0	脳血管疾患（脳卒中）	16.6	高齢による衰弱	13.3
要支援者	関節疾患	17.2	高齢による衰弱	16.2	骨折・転倒	15.2
要支援１	関節疾患	20.0	高齢による衰弱	18.4	脳血管疾患（脳卒中）	11.5
要支援２	骨折・転倒	18.4	関節疾患	14.7	脳血管疾患（脳卒中）	14.6
要介護者	認知症	24.8	脳血管疾患（脳卒中）	18.4	高齢による衰弱	12.1
要介護１	認知症	24.8	高齢による衰弱	13.6	脳血管疾患（脳卒中）	11.9
要介護２	認知症	22.8	脳血管疾患（脳卒中）	17.9	高齢による衰弱	13.3
要介護３	認知症	30.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.8	高齢による衰弱	12.8
要介護４	認知症	25.4	脳血管疾患（脳卒中）	23.1	骨折・転倒	12.0
要介護５	脳血管疾患（脳卒中）	30.8	認知症	20.4	骨折・転倒	10.2

※熊本県を除く。

資料：厚生労働省「平成28年 国民生活基礎調査」

(2) 課題

○ ロコモティブシンドロームは、運動器（身体運動に関わる骨、筋肉、関節、神経等の総称）の障がいのために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態のことです。近年、運動器の障がいによって日常生活に支障をきたし、支援や介護が必要となる高齢者の増加が問題となっています。ロコモティブシンドロームを予防するためには、運動器の健康維持に対する高齢者の関心を高め、運動習慣の普及を図ることが必要です。

○ フレイルは、加齢とともに筋力や認知機能等が低下し、生活機能障がい、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態のことです。加齢に伴う活動量の低下と社会交流機会の減少、口腔機能を含む身体機能の低下、筋力の低下、認知機能の低下、易疲労性や活力の低下、多くの病気を抱えている、体重減少、低栄養等といった、加齢に伴うさまざまな心身の変化と社会的、環境的な要因が合わさることにより起こりますが、適切な介入・支援により生活維持向上が可能といわれています。このため、閉じこもり防止や社会交流機会の増加といった社会的な面、転倒防止や嚥下機能（飲み込む機能）の低下防止といった身体的な面、認知機能の低下防止や抑うつ対策といった精神的な面と、多面的に働きかけることが必要です。

○ 大腿骨頸部は、足の付け根側にある大腿骨の端の部位のことです。加齢や運動不足に伴い骨密度が減少し、筋力の低下が起こると、転倒時などに骨折しやすくなります。特に高齢者は、大腿骨頸部の骨折を起こすとそのまま寝たきりになってしまうおそれがあり、生活の質を大きく低下させる原因となることから、骨密度の低下防止や運動習慣の継続、転倒の防止など、早くからの予防が必要です。

○ 老化や脳血管疾患の後遺症等により、嚥下機能や咳をする力が弱くなると、口腔内の細菌、食べかす、逆流した胃液などが誤って気管に入りやすくなり、その結果発症するのが誤嚥性肺炎です。高齢者の口腔ケアについては、口腔内を清潔に保つことと、口腔機能を維持・

向上させることが必要です。

(3) めざす姿

○ ロコモティブシンドローム、フレイル、大腿骨頸部骨折等の未然防止と早期対応のため、地域包括支援センターや医療・介護関係者等による適切な介入や支援が行われ、その結果、高齢者が健康を維持し、自立した生活を送ることができています。
○ 高齢者に対する口腔ケアと食形態の選択が適切に実施され、口腔内が良好な状態で管理されることにより、嚥下機能の維持・向上が図られ、誤嚥性肺炎の発生が予防されています。

(4) 取組方向

取組方向１：介護予防の充実
取組方向２：高齢者の健康・生きがいづくりの充実

(5) 取組内容

取組方向１：介護予防の充実

○ 要支援・要介護になるおそれのある高齢者を把握し、介護予防のための運動教室等の開催や、閉じこもり防止対策に取り組みます。（地域包括支援センター、市町）
○ 要支援状態の高齢者に対しては、地域包括支援センター等が作成する「介護予防支援計画（介護予防プラン）」等に基づき、介護予防サービスや生活支援サービスの提供を行います。（事業者、地域包括支援センター、市町）
○ 市町における介護予防事業を効果的かつ効率的に推進するためには、リハビリテーション関連職種（リハ職）等を活用した自立支援に資する取組を行うことが有効であることから、平成 27（2015）年度に三重県理学療法士会が、三重県作業療法士会および三重県言語聴覚士会と連携し、「リハビリテーション情報センター」を創設しました。県は同センターと連携し、リハ職の各種情報の集約・管理や、市町・地域包括支援センターへのリハ職派遣の窓口機能を充実させていくとともに、リハ職等が地域に出ていきやすい職場環境づくりへの協力を、関係機関や所属施設等に働きかけていきます。（市町、関係機関、事業者、県）
○ 効果的な介護予防事業の実施に資するため、市町、地域包括支援センター職員および事業者を対象とした研修を実施します。また、先進的な取組事例の情報提供を行います。（市町、関係機関、県）
○ 介護予防市町支援委員会において、有識者から介護予防事業の効果的な実施方法や現況について助言を求め、事業実施に反映させていきます。（県）
○ 住民主体による通いの場の運営等の介護予防の取組や、配食・見守り等の生活支援サービス等を総合的に提供することができる「介護予防・日常生活支援総合事業」について、取組事例等の情報を収集・提供し、市町がより充実した事業を実施できるよう支援を行います。（県）
○ 歯科疾患の重症化予防や口腔機能向上と全身状態の改善との関連等について理解が深まり、口腔機能向上に係る訓練等を含む口腔ケアが日常的に実施されるよう、介護が必要な高齢者等の身近にいる家族や介護関係者等に対して、口腔ケアの重要性やその手法等について

啓発を行うとともに実施を働きかけます。（市町、関係機関、県）

取組方向２：高齢者の健康・生きがいづくりの充実

○ 明るく豊かで健やかな長寿高齢社会の実現に向けて、文化・スポーツ活動を通じた生きがいや健康づくりを促進します。また、地域社会において高齢者が積極的に社会活動（ボランティア活動等）を行うことで、健康づくりや介護予防につながるよう支援を行います。（市町、関係機関、県）

第６節｜歯科保健医療対策

(1) 現状

○ 平成 23（2011）年度に、「歯科口腔保健の推進に関する法律」および「みえ歯と口腔の健康づくり条例」が制定されたことから、平成 24（2012）年度に「みえ歯と口腔の健康づくり基本計画」（平成 25（2013）年度からの５か年計画）を策定し、取組を推進しました。平成 30（2018）年度には「第２次みえ歯と口腔の健康づくり基本計画」を策定し、三重県口腔保健支援センターを中心に、歯科口腔保健施策を総合的、計画的に引き続き推進していきます。

○ 平成 25（2013）年度に、三重県がん診療連携協議会と公益社団法人三重県歯科医師会と県の三者で「がん患者医科歯科連携協定」を締結しました。さらに、平成 28（2016）年度には、三重県がん診療連携協議会の部会として「医科歯科連携部会」が設置されました。

○ 歯科医療は住民生活に密着した医療であり、歯科医療機関は地域における相談・情報発信の場としての機能も求められています。

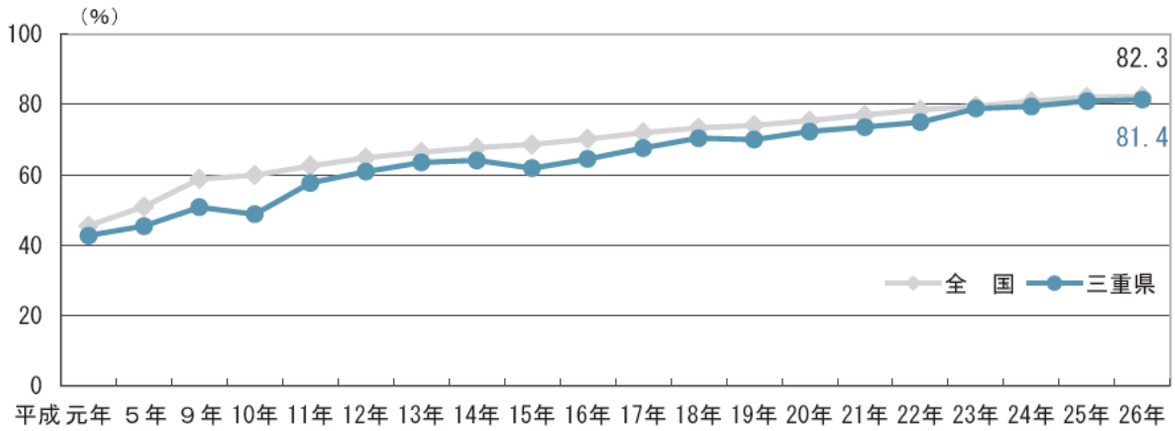
○ 生涯を通じた歯科保健施策を推進するために、むし歯や歯周病の予防、口腔機能の維持・向上等に関する啓発が行われています。

○ むし歯のない３歳児の割合は増加傾向にあり、20 歯以上自分の歯を有する人の割合も増加しています。

○ 障がい児（者）のための歯科ネットワーク「みえ歯ートネット」に参加している歯科医療機関は、平成 28（2016）年度は 120 機関でした。

○ 平成 27（2015）年度から、地域の歯科保健医療を推進する拠点として、郡市歯科医師会ごとに地域口腔ケアステーションを整備しました。

図表 6-6-1 むし歯がない３歳児の割合



資料：国立保健医療科学院「全国乳幼児歯科健診結果」

図表 6-6-2 20 歯以上自分の歯を有する人の割合

（単位：%）

	平成 11 年	平成 23 年	平成 28 年
60-64 歳	50.0	91.0	95.5
80-84 歳	21.4	39.5	65.6

資料：三重県「県民歯科疾患実態調査」

(2) 課題

○ 全ての県民が歯科検診や歯科保健指導を受けることができる環境の整備が求められています。特に、障がい児（者）や要介護高齢者、乳幼児、妊産婦等に対する歯科保健医療の充実が必要です。

○ ネグレクト（育児放棄）等の児童虐待を受けている可能性のある子どもは、むし歯が多く治療していない傾向があることから、歯科医師等が市町や学校、児童相談所等と連携を密にし、子どもを見守っていくことが必要です。

○ 障がい児（者）が身近な地域で安心して歯科治療を受けられる体制の整備を一層進めるため、「みえ歯ートネット」に参加している歯科医療機関の情報を関係者に広く周知するとともに、参加歯科医療機関の増加と治療技術や知識の向上が必要です。

○ がん患者の手術前後の口腔ケアを行う歯科医療機関は増加しています。今後は糖尿病や脳卒中など、さまざまな疾患においても、医科歯科連携の推進を図る必要があります。

○ 市町の介護保険事業における口腔機能向上支援等の各種保健サービスの利用を高齢者に促すとともに、摂食・嚥下機能回復や専門的口腔ケアに関する技術を持つ歯科医師、歯科衛生士を育成することが必要です。

○ 地域口腔ケアステーションを拠点に、医療・介護関係者との連携を図り、在宅において効果的な歯科保健医療サービスを提供する体制の整備を進めることが必要です。

(3) めざす姿

○ 県民一人ひとりが、全身の健康につながる歯と口腔の健康づくりに取り組むことで、いつまでも自分の歯でおいしく食事ができ、生涯にわたり生活の質の向上が図られています。
○ 歯と口腔の健康づくりのため、定期的に歯科検診や歯科保健指導、歯科医療等を受けることができる環境の整備が進んでいます。

(4) 取組方向

取組方向１：包括的な歯科疾患予防と歯科医療の推進
取組方向２：医科歯科連携の推進
取組方向３：在宅歯科医療の充実

(5) 取組内容

取組方向１：包括的な歯科疾患予防と歯科医療の推進

○ 歯科疾患予防の重要性を県民一人ひとりが認識し、歯と口腔の健康づくりが推進されるよう、予防から治療までの包括的歯科医療についての情報発信を積極的に行います。（医療機関、歯科医師会、市町、県）
○ 市町や学校等と連携し、子どもの口腔内の状況を把握するとともに、むし歯や歯肉炎の予防、噛むことをとおした食育支援等の歯科健康教育が積極的に進められるよう支援します。（教育機関、歯科医師会、市町、県）
○ 歯科医療従事者における児童虐待の早期発見等、子育て支援へのアプローチを推進します。（市民団体、医療機関、歯科医師会、市町、県）
○ 成人の歯周病予防に向け、市町や事業所で歯科検診、歯科保健指導が実施されるよう支援します。（事業者、歯科医師会、市町、県）
○ 「みえ歯ートネット」に参加する歯科医療機関の歯科医療関係者等に対して、障がいのある方の歯科治療や口腔ケア技術等の習得のための研修や、発達障がい等への理解に関する研修を実施して、歯科医療関係者の資質の向上を図ります。（医療機関、歯科医師会、県）

取組方向２：医科歯科連携の推進

○ がん患者だけではなく、全身麻酔での手術が必要な患者の治療効果の向上や、療養生活の質の向上、入院期間の短縮等を目的とした口腔ケアや歯科治療が充実するよう研修を行います。（歯科医師会、医師会、県）
○ 糖尿病、脳卒中、急性心筋梗塞、骨粗しょう症の患者や妊婦に対する医科歯科連携を推進するため、関係機関に働きかけます。（医療機関、歯科医師会、医師会、県）

取組方向３：在宅歯科医療の充実

○ 歯科への通院が困難な要介護者等が、地域で継続して定期的に歯科受診ができるよう、地域包括支援センターや医療機関等に対して、地域の歯科保健医療を推進する拠点である地域口腔ケアステーションを広く周知するとともに、地域口腔ケアステーションの機能充実

を図ります。（医療機関、歯科医師会、歯科衛生士会、県）

○ さまざまな疾患を持ち歯科受診が困難な人も、安心して在宅で歯科保健医療サービスが利用できるよう、在宅歯科保健医療に関わる人材の資質向上を図ります。（医療機関、歯科医師会、歯科衛生士会、県）

第７節｜血液確保対策

(1) 現状

○ 輸血用血液製剤の疾病別用途については、赤血球製剤および血小板製剤は「悪性腫瘍」（がん）に最も多く使用され、血漿製剤は「循環器系」疾患に最も多く使用されています[4]。

○ 高齢化の進行に伴うがん患者の増加等により、医療用血液の需要は増加しており、献血によって血液を確保することが求められています。

○ 本県の献血者数は、近年は５万５千人前後で推移しており、献血者に占める若年層の割合が全国と比較して低い状況です。

図表 6-7-1 三重県の献血者数の推移（総数および年代別）

（単位：人、%）

年　度		献血者総数	10 代	20 代	30 代	40 代	50 代以上
平成 24 年度	人数	59,414	1,117	8,642	14,714	20,012	14,929
	構成比	100.0	1.9	14.5	24.8	33.7	25.1
平成 25 年度	人数	59,154	1,239	8,399	13,786	19,764	15,966
	構成比	100.0	2.1	14.2	23.3	33.4	27.0
平成 26 年度	人数	55,415	1,194	7,224	11,681	18,799	16,517
	構成比	100.0	2.2	13.0	21.1	33.9	29.8
平成 27 年度	人数	53,559	1,278	6,916	10,352	18,074	16,939
	構成比	100.0	2.4	12.9	19.3	33.7	31.7
平成 28 年度	人数	56,132	1,646	7,116	10,183	18,952	18,235
	構成比	100.0	2.9	12.7	18.1	33.8	32.5
平成 28 年度全国	人数	4,829,172	253,393	781,326	896,046	1,405,244	1,493,163
	構成比	100.0	5.2	16.2	18.6	29.1	30.9

資料：日本赤十字社「血液事業年度報」

○ 現在、医療機関では、血液製剤の適正使用を図りながら、輸血を受ける患者の安全性を向上させるため、主に 400mL 献血および成分献血による血液製剤を必要としています。

○ 平成 23（2011）年から採血基準が変更され、男性の献血可能年齢の範囲が拡大されましたが、少子高齢化等の影響で将来的に血液が不足することが予想されています。

[4] 出典：厚生労働省「平成 28 年版 血液事業報告」（平成 27 年調査結果）

図表 6-7-2 献血方法別の採血基準（平成 23 年4月1日施行）

項目＼献血の種類	全血献血		成分献血	
	200mL 献血	400mL 献血	血漿成分献血	血小板成分献血
1 回献血量	200mL	400mL	600mL 以下 （循環血液量の 12%以内）	400mL 以下
年　　齢	16 歳～69 歳※	男性 17 歳～69 歳※ 女性 18 歳～69 歳※	18 歳～69 歳※	男性 18 歳～69 歳※ 女性 18 歳～54 歳
体　　重	男性 45kg 以上 女性 40kg 以上	男女とも 50kg 以上	男性 45kg 以上 女性 40kg 以上	
最高血圧	90mmHg 以上			
血色素量	男性 12.5g／dL 以上 女性 12g／dL 以上	男性 13g／dL 以上 女性 12.5g／dL 以上	12g／dL 以上 （赤血球指数が 標準域にある女性は 11.5 g／dL 以上）	12g／dL 以上
血小板数	—	—	—	15 万／μL 以上 60 万／μL 以下
年間献血回数	男性 6 回以内 女性 4 回以内	男性 3 回以内 女性 2 回以内	血小板成分献血 1 回を 2 回分に換算して 血漿成分献血と合計で 24 回以内	
年間総献血量	200mL 献血と 400mL 献血を合わせて 男性 1,200mL 以内、女性 800mL 以内		—	—

※65 歳から 69 歳までの方は、60 歳から 64 歳までの間に献血の経験がある方に限られます。

資料：日本赤十字社ホームページ

○ 輸血用血液製剤は全て国内の献血で賄われ、日本赤十字社が製造・供給しています。

○ 血漿分画製剤*のうち人の血液由来の血液凝固第Ⅷ因子製剤については、平成 6 （1994）年に国内自給率 100%が達成されました。一方、遺伝子組換え第Ⅷ因子製剤が開発されて製造販売されたことにより、現在は、遺伝子組換え製剤を含めた血液凝固第Ⅷ因子製剤の総量に対する国内献血由来製剤の比率は 12.5%となっています。

○ アルブミン製剤および免疫グロブリン製剤の平成 27 （2015）年度の国内自給率はそれぞれ 56.4%および 95.6%となっていますが、これらについては適正使用の推進等により、必要とする血液製剤を原則として国内の献血で賄うことをめざして、引き続き国において検討が進められています[5]。

(2) 課題

○ 若年層を中心とした献血推進が重要な課題となっています。

○ 県内の医療機関が使用する血液製剤の安定供給のためにも「三重県献血推進計画」に基づき献血者を確保していく必要があります。

(3) めざす姿

○ 献血の推進により、医療機関が必要とする輸血用血液製剤が確保されています。また、各医療機関において血液製剤が適正に使用されています。

[5] 出典：厚生労働省「平成 28 年版 血液事業報告」

（4）取組方向

取組方向１：献血に関する普及啓発と必要な献血者の確保
取組方向２：血液製剤の安全性の確保と使用の適正化

（5）取組内容

取組方向１：献血に関する普及啓発と必要な献血者の確保

○ 行政と三重県赤十字血液センターが協力して、広報活動を行うことで献血に関する普及啓発を進めるとともに、輸血の安全性を向上させる 400mL 献血および成分献血への理解と協力を求めます。（赤十字血液センター、市町、県）
○ 三重県献血推進連絡会*を中心に、関係機関、関係団体等が連携を強化することにより献血者の確保に取り組みます。（県民、市町、関係機関、県）
○ 若年層をはじめとした新規献血者の確保に取り組みます。（県民、市町、関係機関、県）
○ 災害時等の緊急時においても必要な血液が円滑に供給されるよう、行政と赤十字血液センターが連携した取組を展開します。（赤十字血液センター、市町、県）

取組方向２：血液製剤の安全性の確保と使用の適正化

○ 安全な血液製剤を供給するため、献血時の問診の強化や血液製剤の品質管理を進めます。（赤十字血液センター）
○ 国の「輸血療法の実施に関する指針」および「血液製剤の使用指針」に基づいた適正な血液製剤の使用を推進します。（医療機関、県）

第８節｜医療に関する情報化の推進

（1）現状

○ 医療サービスの質の向上や効率的な運営を実現する上で医療における情報化の推進は不可欠となっており、県内の医療機関においても、電子カルテシステム*やオーダリングシステム*、レセプト電算処理システム*等を導入する医療機関が増えています。
○ 県内の病院における電子カルテシステムの導入率（一部導入を含む）は約 40%、オーダリングシステムの導入率は約 57%です[6]。
○ 県では、「三重医療安心ネットワーク」を構築し、医療機関の間での患者情報等の共有による診療の円滑化を図っています。
○ 県内には、「遠隔画像診断ネットワーク」等の医療系ネットワークが整備され、運用されています。また、在宅医療において、医療・介護関係者等が患者情報等を共有するためにネットワークシステムを利用している地域もあります。
○ こうした医療の情報化が進むことで、診察の際の待ち時間の短縮や、医療事故の防止が期待されます。また、医療機関等において電子化された患者情報等の共有が可能になるなど、

[6] 出典：厚生労働省「平成 26 年 医療施設調査」

質の高い効率的な医療が提供されるとともに、患者の利便性を確保することができます。

○ また、さまざまな医療情報システムを活用することで、在宅診療や遠隔医療等、へき地や離島をはじめとした医療の地域偏在の緩和にも一定の役割を果たすことが期待されています。

○ 「みえライフイノベーション総合特区計画」（平成 29（2017）年３月認定）の取組の一つとして、三重大学医学部附属病院が、県内に整備されている医療系ネットワークを活用し、大規模災害時における医療情報の喪失を防止するためのバックアップ体制の構築や、地域医療の適切化・均てん化のための医療機関間の切れ目のない連携を目的として、さらに、収集した医療情報の匿名化による二次利用も念頭に、患者等の医療情報（病名、検査、治療、レセプト、ＤＰＣ情報等）を統合した医療情報データベースを構築しています。

(2) 課題

○ 医療サービスの情報化を進めるにあたっては、システムの安全性や情報の信頼性、高齢者や障がい者に対する配慮、個人情報や人権の保護等に十分留意することが必要です。

○ 急性期、回復期、維持期等、さまざまな病期に対応する医療機関等が、「三重医療安心ネットワーク」を活用することで、患者情報等を共有し、より質の高い医療を提供するための仕組みを構築することが必要です。また、この仕組みを進めていくためには、患者情報等を開示する医療機関数の増加だけでなく、患者情報等を閲覧できる参照医療機関数も増やしていく必要があります。

○ 統合型医療情報データベース（以下「ＤＢ」という。）を常に最適の状態で運用することおよび活用を促進することが必要です。

(3) めざす姿

○ 医療機関が、安全かつ信頼性の高い医療情報システムを構築することで、医療の質の向上や効率化が図られるようになっています。

○ ＤＢが常に最適の状態で運用されることで、大規模災害時における医療情報の喪失を防止するためのバックアップ体制の構築や、地域医療の適切化・均てん化のための医療機関間の切れ目のない連携が実現しているとともに、大学や国内企業等に活用されることで、画期的な医薬品・医療機器等が創出されるようになっています。

(4) 取組方向

取組方向：医療の情報化の充実

(5) 取組内容

取組方向：医療の情報化の充実

○ 医療機関の電子カルテシステム、オーダリングシステムの導入を促進します。（医療機関、県）

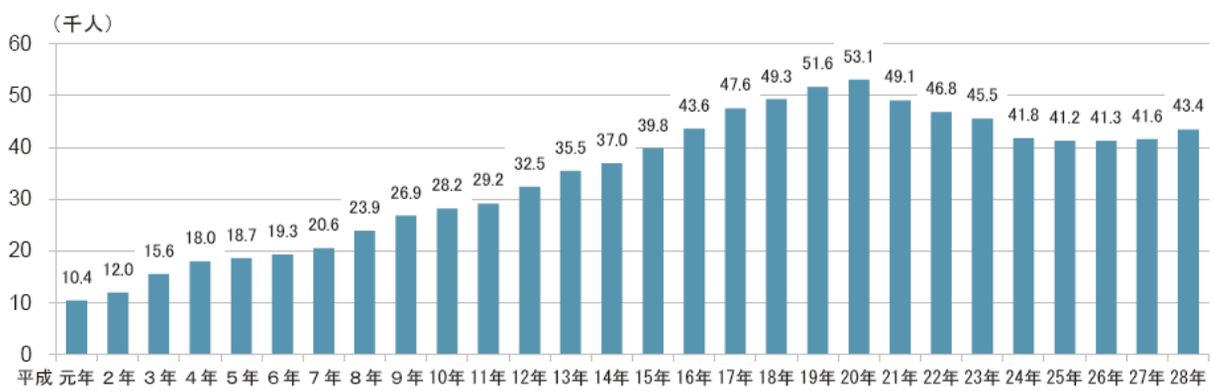
○ 遠隔医療の技術を利用して、県内の医療および健康の課題を解決する取組を促進します。（医療機関、市町、県）
○ 「三重医療安心ネットワーク」の患者情報等を閲覧できる参照医療機関を増やすため、開示医療機関を中心とした地域の連携を進める取組を支援します。（三重大学、県）
○ 開示医療機関と参照医療機関が、双方向で患者情報等を共有するなどの先進地情報を参考としながら、「三重医療安心ネットワーク」のシステム機能を十分活用するための仕組みを検討します。（医療機関、三重大学、県）
○ 「三重医療安心ネットワーク」の患者情報等を閲覧するための端末の認証や、閲覧可能な職員の範囲を限定するなど、個人情報の適切な取扱いに努めます。（医療機関、三重大学、県）
○ ＤＢのセキュリティ等の機能強化や、ＤＢを活用した三重大学医学部附属病院と製薬企業等との共同研究締結に向けた支援、他地域の取組との連携可能性の検討などを行います。（三重大学、県）

第９節｜外国人に対する医療対策

(1) 現状

○ 平成 28（2016）年末現在、県内の外国人住民数は、43,445 人（対前年比 1,820 人、4.4%増）で、平成 26（2014）年から３年連続で増加しました。また、県内総人口に占める外国人住民の割合は 2.36%と、全国的にみても高い割合となっています[7]。
○ 外国人住民数は、平成 28（2016）年末現在、10 年前（平成 18（2006）年）の 0.88 倍、平成元（1989）年の 4.16 倍となっています。
○ 国籍・地域別の外国人住民数では、最も多いのがブラジル（11,578 人）で、次いで中国（7,717 人）、フィリピン（6,155 人）の順でした。また、出身国籍の数は 107 か国でした。

図表 6-9-1 三重県における外国人住民（登録者）数の推移



資料：三重県「外国人住民国籍・地域別人口調査」

[7] 出典：三重県「外国人住民国籍・地域別人口調査」（平成 28 年 12 月 31 日現在）

図表 6-9-2 国籍･地域別外国人住民数

（単位：人、％）

順位	国籍	外国人住民数	構成比	前年比増減数	前年比増減率
1	ブラジル	11,578	26.6	445	4.0
2	中国	7,717	17.8	－	－
3	フィリピン	6,155	14.2	155	2.6
4	韓国	4,490	10.3	－	－
5	ベトナム	3,293	7.6	784	31.2
6	ペルー	2,957	6.8	▲ 19	▲ 0.6
7	タイ	1,293	3.0	122	10.4
8	インドネシア	1,194	2.7	210	21.3
9	ボリビア	864	2.0	▲ 16	▲ 1.8
10	ネパール	633	1.5	93	17.2
その他		3,271	7.5	－	－
三重県計		43,445	100.0	1,820	4.4

※平成 28 年から、中国と台湾、韓国と朝鮮（朝鮮半島出身者）を別々に集計をしているため、前年比を出すことはできません。

資料：三重県「外国人住民国籍・地域別人口調査」（平成 28 年 12 月 31 日現在）

○ 外国人住民の定住化・永住化が進み、家族を形成し、高齢化しつつある中で、外国人住民が医療機関に行く機会が増えてきています。

○ 平成 28（2016）年度に県内病院等を対象に実施したアンケートによると、外国人受診者が来院したことがある病院等は 97%、そのうち１か月に１名以上が来院する病院等は 75%でした。また、困っていることを尋ねたところ、日本語による意思疎通に問題を抱えているとの回答が 57%になりました。

○ 県では、医療通訳の人材育成に努めるほか、医療従事者等に医療通訳への理解と医療通訳の利用を働きかけており、医療通訳者が常勤する医療機関は９機関となっています[8]。

○ 外国人エイズ患者の診療が円滑に行われるよう、病院に通訳を派遣する体制を整えました。

○ 学校におけるアレルギーに関する各種調査票等の多言語化のほか、１歳半・３歳児健診時に通訳者を配置する保健センターがあるなど、学校保健や母子保健等の保健サービスの分野においても多言語による対応が行われています。

○ 事業所等の被用者や３か月を超えて在留する外国人住民は、公的医療保険（被用者保険、国民健康保険等）に加入し、医療等の給付が受けられることとなっています。しかし、現実には公的医療保険に未加入の外国人住民が多く、受診の際に医療費を払えない、受診を控えることにより健康の悪化を引き起こすなどのケースが生じています。

(2) 課題

○ 外国人住民が医療機関を利用する際、言葉の壁や文化・風習の違いによって、十分にコミュニケーションをとることができない場合があり課題となっています。

○ 公的医療保険に加入していない外国人住民の公的医療保険への加入手続きを促進する必要があります。

[8] 出典：三重県（環境生活部）調査（平成 29 年）

(3) めざす姿

○ 外国人住民が、心身ともに健康な生活を送ることができるよう、円滑かつ適切に必要な医療サービスが受けられる体制が整備されています。

(4) 取組方向

取組方向１：外国人住民が保健医療サービスを受ける際に必要な支援の充実
取組方向２：外国人住民の公的医療保険への加入啓発の促進

(5) 取組内容

取組方向１：外国人住民が保健医療サービスを受ける際に必要な支援の充実

○ 外国人住民が地域で安心して生活するためには、疾病等の予防とともに、円滑に医療を受けられる環境の整備が重要です。そのため、保健、医療、医療保険等の制度や仕組みを周知するとともに、市町・ＮＰＯ等と連携して医療通訳制度の利用促進に取り組み、医療通訳の人材育成に努めるなど、外国人住民が利用しやすい環境づくりを促進します。（医療機関、市町、関係機関、県）
○ 県ホームページ等を活用し、多言語対応が可能な医療機関に関する情報提供を行います。（医療機関、市町、関係機関、県）
○ 医療機関の診療案内や入院案内等をはじめ、学校保健、母子保健等における多言語対応に取り組みます。（医療機関、教育機関、市町、関係機関、県）

取組方向２：外国人住民の公的医療保険への加入啓発の促進

○ 公的医療保険に加入していないために受診が遅れ、病状が悪化するというような悪循環を避けるため、医療保険制度に関する説明や情報提供を行います。（事業者、医療機関、市町、関係機関、県）

第７章　地域医療構想

第１節｜地域医療構想策定の経緯と趣旨

1.　策定の経緯と趣旨

○ 平成 25（2013）年、社会保障制度改革国民会議報告書において、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要性を示す地域医療構想を策定することが提言され、平成 26（2014）年には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立し、新たな医療提供体制の構築のため、都道府県による地域医療構想の策定が明記されました。

○ これらをふまえ、「団塊の世代」が 75 歳以上を迎える平成 37（2025）年を視野に、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を適切に推進するため、平成 29（2017）年３月に「三重県地域医療構想」を策定しました。

○ 地域医療構想は、医療法に基づき医療計画の一部として策定し、別冊としていますが、その概要は以下のとおりです。

第２節｜策定の基本的な考え方と策定体制

1.　策定の基本的な考え方

○ 本県の特性・実情に応じた地域医療構想とするため、客観的データの提示、策定プロセスの重視、医療介護総合確保方針等との整合性の確保を基本的な考え方として、策定を進めました。

○ 客観的データの提示については、レセプトデータやＤＰＣデータ等に基づく明確なデータを収集・共有し、議論を進めました。

○ 策定プロセスの重視については、策定段階から地域の医療関係者や保険者、市町等で構成する地域医療構想調整会議を地域ごとに設置し、議論を行いました。

○ 医療介護総合確保推進法に定める総合確保方針をふまえ、効率的で質の高い医療提供体制の構築とともに、地域包括ケアシステムの構築を視野に入れつつ議論を進めました。

2.　構想区域と策定体制

○ 本県は、南北に長い地勢を有し、一定の人口規模を持つ都市がほぼ長軸方向に分散して存在すること、地域医療構想は在宅医療など、より地域に密着した医療のあり方にかかる議論が求められることから、よりきめ細かな議論が可能となるよう、二次保健医療圏（本計画からは、二次医療圏）をベースとして、８つの地域を「地域医療構想区域」として設定しました。

○ 地域医療構想調整会議による地域単位の自主的かつきめ細かな議論に加え、三重県医療審議会等において、より広域にわたる横断的な観点からの議論を行い、重層的な意思形成の

仕組みを構築しています。

第３節｜医療需要と必要病床数

1. 平成 37（2025）年における医療需要および必要病床数の推計

(1) 医療需要の推計

○ 平成 25（2013）年度のレセプトデータ等に基づき、医療機能の区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに、性・年齢階級別の入院受療率を算定し、その結果に平成 37（2025）年の性・年齢階級別人口を乗じて総和することにより推計しました。

○ 高度急性期・急性期・回復期の医療需要は、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値により推計しました。

○ 慢性期および在宅医療等の医療需要は、療養病床の入院受療率の全国格差が大きいことから、入院受療率の地域差を解消するための目標を定め、また長期に療養を要する患者のうち一定割合を在宅医療等に移行する前提で推計しました。

(2) 県内各構想区域の医療需要の推計

○ 高度急性期・急性期については、患者が構想区域にとらわれない受療行動を取る傾向が強い等の理由により、医療機関所在地ベース（現在の患者の流出入がそのまま継続すると想定）で推計しました。

○ 回復期・慢性期については、身近な地域で医療が受けられることが望ましく、地域包括ケアシステムの観点からも患者住所地ベース（構想区域内の患者が全て構想区域内で受診すると想定）とすることを基本としました。しかし、構想区域を越えた全県的な機能を有する医療機関への流出入等は、将来にわたって一定程度継続することが見込まれることから、患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの平均値により推計しました。

○ 県全体の医療需要については、隣県との関係により、医療機関所在地ベースで推計しました。

(3) 必要病床数の推計

○ 医療機能区分別の医療需要を病床稼働率（高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%）で割り戻した数を、必要病床数としました。

○ 本県においては、平成 37（2025）年の必要病床数は、あくまでも地域における医療機能の分化・連携を進めるための目安と考えており、この必要病床数をもとに病床を強制的に削減していくという趣旨のものではありません。

図表7-3-1　平成 37(2025)年の構想区域ごとの必要病床数

（単位：床）

		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計
全県	H37 必要病床数	1,422	4,259	4,378	3,525	－	13,584
	H28 病床機能報告	1,850	8,230	1,754	4,280	260	16,374
桑員	H37 必要病床数	114	497	554	383	－	1,548
	H28 病床機能報告	3	1,144	71	571	119	1,908
三泗	H37 必要病床数	299	725	874	629	－	2,527
	H28 病床機能報告	349	1,332	435	711	8	2,835
鈴亀	H37 必要病床数	151	529	476	503	－	1,659
	H28 病床機能報告	296	810	161	639	0	1,906
津	H37 必要病床数	314	934	881	727	－	2,856
	H28 病床機能報告	599	1,551	407	1,040	40	3,637
伊賀	H37 必要病床数	77	284	329	219	－	909
	H28 病床機能報告	0	850	50	156	0	1,056
松阪	H37 必要病床数	222	641	589	385	－	1,837
	H28 病床機能報告	315	1,126	285	379	7	2,112
伊勢志摩	H37 必要病床数	216	527	501	443	－	1,687
	H28 病床機能報告	283	1,041	245	423	62	2,054
東紀州	H37 必要病床数	29	122	174	236	－	561
	H28 病床機能報告	5	376	100	361	24	866

※必要病床数は、レセプトデータ等をもとに医療機能を区分しており、また政策的に慢性期から在宅医療等への移行を前提とした推計となっています。これに対して、病床機能報告は、病床機能の定性的な基準に基づき、病棟が主に担っている機能を医療機関の自主的な選択により報告したものであり、比較にあたっては留意が必要です。

※必要病床数を推計した病院・診療所以外の場所において提供される「在宅医療等」の医療需要についても、平成 37 年に向けて、大幅な増加が見込まれています。

※病床機能報告については、別冊では平成 27 年のデータを使用しています。

（4）各区域のめざすべき医療提供体制の方向性

○ 構想区域ごとに、現状と課題、平成 37（2025）年における医療需要と必要病床数、および平成 37（2025）年にめざすべき医療提供体制の方向性を記載しています。

第４節｜実現するための取組

1．実現するための取組

（1）本県独自の取組

○ 在宅医療体制の整備に際し、概ね必要と考えられる構成要素を基に一定の枠組み（フレームワーク）を設定して各地域の取組状況を客観的に把握し、実態に即した支援を行います。

○ 医療資源の有効活用や議論の土台づくりの観点から、県内病院における未稼働病床について実態を調査し、整理に向けた取組を実施します。

(2) 実現するための取組

○ あるべき医療提供体制を実現していくため、地域医療構想調整会議等を通じて医療機関の自主的な取組を促すとともに、地域医療介護総合確保基金を活用しながら、「医療機能の分化・連携の推進」「在宅医療の充実」「医療従事者の確保」を中心に必要な取組を進めていきます。

○ また、病床機能報告制度に基づく病床の機能に関する情報を、ホームページ等を通じて広く公表します。

第８章　保健・医療・福祉の総合的な取組

第１節｜保健・医療・福祉の連携

1.　保健・医療・福祉の連携

○ 医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、疾病予防から治療、介護まで、ニーズに応じたさまざまなサービスが地域において切れ目なく一貫して提供される、患者本位の体制を整備する必要があります。

○ 保健・医療・福祉サービスは、それぞれ別の制度に基づいて実施されていますが、急速な高齢化や、それに伴う疾病構造の変化等により、各分野において機能を発揮するだけでなく、分野の関係者等が連携を図り、総合的かつ一体的に提供することが重要です。

○ こうした考え方に基づき、「みえ高齢者元気・かがやきプラン」、「みえ障がい者共生社会づくりプラン」、「健やか親子いきいきプランみえ」等の各計画との整合性を確保しつつ、医療と密接に関連する施策の展開を推進します。

第２節｜高齢者の保健・医療・福祉の推進

1.　地域包括ケアシステムの構築

(1) 現状

○ 一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加が見込まれる中、高齢者のニーズに応じた医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを包括的、継続的に提供する地域包括ケアシステムの構築が求められていますが、地域におけるサービスの連携の状況は、まだ十分とはいえません。

(2) 課題

○ 市町・地域包括支援センターが中心となって、それぞれの地域で住民・関係機関と協働して地域包括ケア体制の整備が進められており、今後も地域固有の課題解決に取り組み、介護サービスのみならず、自立支援のための地域の保健・医療・福祉サービス、さらには、インフォーマルサービス*等との連携やコーディネート機能を強化していく必要があります。

(3) めざす姿

○ 地域包括ケアシステムが深化し、高齢者が住み慣れた地域で生活していくための自立支援が推進され、必要なサービスが切れ目なく、また、過不足なく提供されています。

(4) 取組方向

取組方向：高齢者の自立支援を推進するための関係機関の連携強化

(5) 取組内容

取組方向：高齢者の自立支援を推進するための関係機関の連携強化

○ 介護保険法改正の中で、介護保険の理念である高齢者の自立支援と介護予防の取組の強化が必要とされています。自立に資するケアマネジメントを行うための研修会を開催するとともに、多職種協働で地域ケア会議が行えるよう医療・介護の専門家をアドバイザーとして派遣します。（市町、県）

○ 地域包括ケアシステムの深化のため、地域課題を客観的に把握するための研修や、医療・介護等の多職種連携を推進する意見交換会等を通じ、地域のネットワーク構築等を支援します。（市町、県）

○ 医療・介護等の社会資源が不十分な地域に対して、県立一志病院を中心とした「保健・医療・福祉・介護」の多職種と地域住民が連携した地域包括ケアシステムに係る取組成果を活用して、地域における体制整備を支援します。（県）

2. 介護サービス基盤の整備

(1) 現状

○ 介護保険施設については、「みえ高齢者元気・かがやきプラン」に基づいて、市町と連携して特別養護老人ホーム等の整備を重点的に進めています。

○ 介護や医療を必要とする状態になっても、住み慣れた地域で暮らし続けたいと願う人が多い状況にあります。

(2) 課題

○ 特別養護老人ホームの入所待機者は、依然として多数となっていることから、その解消のための施設整備が必要です。

○ 疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、自宅や地域で疾病を抱えつつ生活を送る人が増加していくと考えられることから、訪問看護等の医療ニーズに対応した居宅サービスの充実が必要です。

(3) めざす姿

○ 施設サービスを受ける必要性の高い高齢者が円滑に入所できるとともに、介護老人保健施設や認知症高齢者グループホーム等、高齢者のさまざまなニーズに応じた施設の整備が進んでいます。

○ 医療ニーズの高い重度の要介護者の在宅生活を支えるために、必要なサービスが充実して

います。

(4) 取組方向

取組方向１：特別養護老人ホーム等の整備の促進
取組方向２：医療ニーズに対応した居宅サービスの充実

(5) 取組内容

取組方向１：特別養護老人ホーム等の整備の促進

○ 市町の介護保険事業計画との整合を確保しつつ、老人福祉圏域*ごとに広域型の特別養護老人ホーム等の施設整備を進めます。また、地域密着型特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所等の「地域密着型サービス」の整備を進めるため、市町を支援します。（事業者、市町、県）

取組方向２：医療ニーズに対応した居宅サービスの充実

○ 医療ニーズに対応した居宅サービスの充実に向けて、訪問看護の利用促進に係る普及啓発活動に取り組むとともに、地域密着型サービスとして平成24（2012）年４月から導入された「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「複合型サービス」の普及に向けて、市町の取組を支援します。（事業者、関係団体、市町、関係機関、県）

3. 福祉・介護人材の安定的な確保

(1) 現状

○ 今後、高齢化の一層の進行等により、要介護認定率が特に高くなる75歳以上の高齢者人口が大きく増加すると推計されており、福祉・介護ニーズの拡大が見込まれています。一方、労働力人口は減少していくと見込まれています。

○ 介護サービス事業者で職員の不足感を持つ県内の事業所は65.6%に及んでいます[1]。また、平成 28（2016）年度の県内の全業種の有効求人倍率は 1.45 倍であるのに対して、介護関係職では3.54倍と高い状況にあります。

(2) 課題

○ 地域での福祉サービスに対する理解を深め、新たな福祉・介護人材の育成や潜在的有資格者の掘り起こしを行い、福祉・介護人材の確保を図る必要があります。

○ 介護ニーズの拡大に伴い、介護従事者の確保が求められるとともに、認知症ケアや医療的ケアを必要とする利用者が増加するなど、多様化・高度化する役割に介護従事者が対応していくことが求められています。

[1] 出典：財団法人介護労働安定センター「平成 28 年度 介護労働実態調査」

(3) めざす姿

○ 福祉・介護分野におけるニーズに応じた人材が安定的に確保され、専門的な技術と知識を持った職員により充実したケアが行われています。

(4) 取組方向

取組方向：福祉・介護人材の確保と資質の向上

(5) 取組内容

取組方向：福祉・介護人材の確保と資質の向上

○ 社会福祉施設職員の資質の向上のため、経験年数や職種に応じた各種研修を実施し、より広範な福祉の知識と高度な専門的技能を持った福祉人材養成を推進します。(関係機関、県)

○ 三重県福祉人材センターにおいて、無料職業紹介事業のほか、福祉職場説明会や福祉職場での就労体験事業等を実施し、福祉人材確保の取組を進めます。(関係機関、県)

○ 地域医療介護総合確保基金を活用し、市町や介護関係団体等による介護従事者確保に向けた参入促進、資質向上、労働環境・処遇の改善の取組を支援します。(市町、関係機関、県)

○ 認知症高齢者に対する介護従事者によるケアの資質向上を図るため、認知症介護等に関する研修を実施します。(関係機関、県)

○ 介護施設職員等に対して、高齢者の権利擁護の研修を実施するとともに、介護従事者がたん吸引や経管栄養等の業務を実施できるように研修体制の整備を進めます。(関係機関、県)

○ 介護支援専門員は介護保険制度の根幹をなす重要な役割を担っていることから、引き続き必要な人材の養成を行うとともに、体系的な研修の実施により資質の向上を図ります。(関係機関、県)

第３節｜障がい者の医療福祉の推進

1. 障がい者の医療・医学的リハビリテーションの推進

(1) 現状

○ 障がいの種類には以下の表のようなものがありますが、障がいの程度や障がいに伴う社会生活上の困難には個人差があり、きめ細かい支援が必要です。

○ 脳血管疾患等の循環器系疾患や交通災害等の後遺症、精神障がい者に対する医学的リハビリテーションの需要が増加しています。

○ 本県では、交通事故や病気等で障がいを持った患者や施設に入所している障がい者が地域に戻り、安心して生活していけるよう、医療や福祉の面からの支援とともに、バリアフリー*対策、偏見の解消に向けた相互理解の促進等の社会的な取組を続けています。

図表 8-3-1 主な障がいの種類

身体障がい	・視覚障がい（全盲、弱視、視野障がい） ・聴覚・平衡感覚障がい（音を聞くことが不自由な状態等） ・音声機能・言語機能・そしゃく機能障がい（言語が発せない、または不明瞭である等） ・肢体不自由（四肢の麻痺や欠損、あるいは体幹の機能障がいのため、日常の動作、移動などの運動機能が十分でない状態） ・内部障がい（心臓機能障がい、腎臓機能障がい、呼吸器機能障がい、ぼうこう・直腸機能障がい、小腸機能障がい、ヒト免疫不全ウイルス（ＨＩＶ*）による免疫機能障がい、肝臓機能障がいの７種の障がいの総称）
知的障がい	・おおむね幼少期までに脳になんらかの障がいを受けたために知的な発達が遅れ、複雑な判断や計算などに支援が必要な障がい。特別な支援を必要としない人もいる。
精神障がい	・統合失調症（幻覚や妄想、意欲の低下等のさまざまな症状を特徴とする疾患） ・気分障がい（うつ病、双極性障がい（躁うつ病）等） ・てんかん（けいれんや意識障がいの発作を伴う疾患）　等
その他の障がい	・発達障がい（自閉症スペクトラム、アスペルガー症候群等の広汎性発達障がい、学習障がい、注意欠陥多動性障がい、トゥレット症候群等のチック障がい、吃音等） ・高次脳機能障がい（交通事故等での頭部の怪我や、脳卒中等の病気の後遺症として脳が損傷を受け、言語・思考・記憶・学習等の機能に障がいが起きた状態） ・難病

出典：国土交通省「コミュニケーションハンドブック」等をもとに作成

(2) 課題

○ 疾患・交通災害等の後遺症のある患者および精神障がい者の身体的機能や心理的能力、また、必要な場合には補償的な機能を伸ばすためには、医学的リハビリテーションの充実が重要です。

○ 治療時における早期医学的リハビリテーション、治療後の後遺症に対する医学的リハビリテーション等を提供できる体制の整備が課題となっています。

○ 人工透析を要する慢性腎不全、精神疾患、難治性疾患等の障がいに対しては、継続的な医療が必要です。

○ 障がいに起因して発生しやすい合併症、感染症等を予防し、発症した場合には適切な医療を提供する体制が必要です。

○ 障がい者の社会復帰に向けた支援が必要です。

(3) めざす姿

○ さまざまな障がいに対し、必要な医療や医学的リハビリテーションが適切に提供され、身体的機能や心理的能力等が向上・維持されるとともに、障がい者の社会復帰に向けた支援が充実しています。

(4) 取組方向

取組方向１：適切な医学的リハビリテーション提供体制の整備の推進
取組方向２：社会復帰に向けた支援の充実

(5) 取組内容

取組方向１：適切な医学的リハビリテーション提供体制の整備の推進

○ 病院等から退院した在宅の脳卒中等の患者が地域で自立した生活を送れるよう、地域における医学的リハビリテーション提供体制を整備します。（医療機関、関係機関、市町、県）
○ 医学的リハビリテーションを担う理学療法士、作業療法士等の専門職員の資質の向上に取り組みます。（養成機関、医療関係団体、県）

取組方向２：社会復帰に向けた支援の充実

○ 交通事故等による脳外傷で生じた高次脳機能障がい等に対する理解を深めるとともに、高次脳機能障がい者の社会復帰を進めるため、地域移行や就労支援等の相談支援などを行います。（関係機関、県）
○ 県民、関係団体、関係機関等と連携し、障がいに関する正しい知識の普及啓発や、地域住民等との交流、ボランティア活動等をとおして、障がいについての理解を促進するための取組を行います。（県民、関係団体、市町、関係機関、県）
○ 精神障がい者の社会復帰および自立を促進するため、社会復帰相談支援、精神科デイケア、医学的リハビリテーション等の充実に努め、精神障がい者の状況に応じた支援の促進を図ります。（医療機関、市町、関係機関、県）
○ 地域におけるユニバーサルデザイン*の意識づくりを進めるとともに、だれもが施設等を安全かつ快適に利用できるよう、整備や管理を担う人たちへの啓発等を行うなど、ユニバーサルデザインのまちづくりに取り組みます。（市町、関係団体、関係機関、県）

第４節｜母子保健対策の推進

1. 母子保健対策の推進

(1) 現状

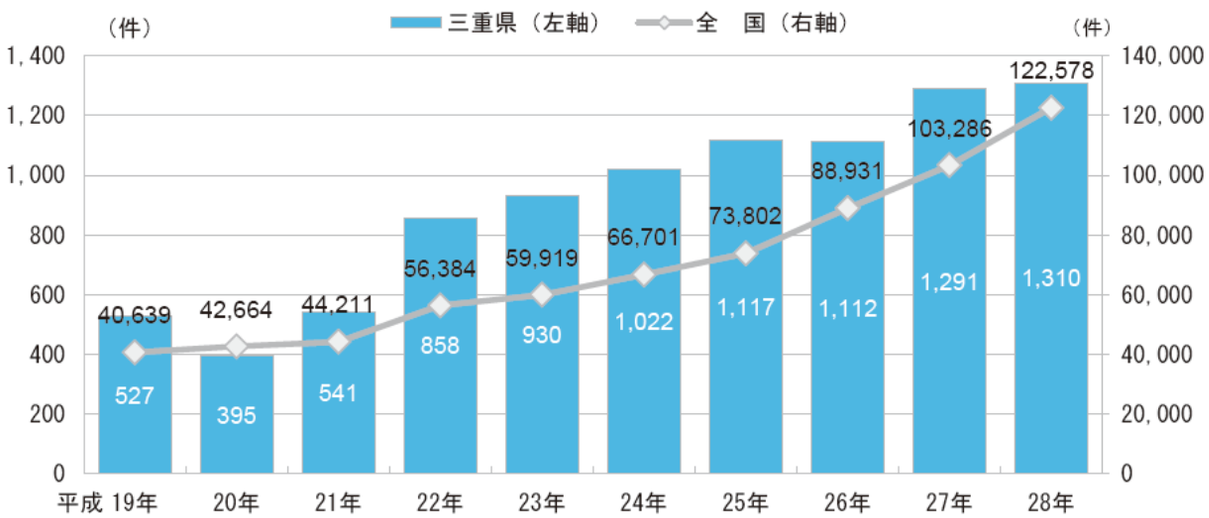
○ 母子保健対策は、県民が安心して子どもを産み、子どもの健やかな成長発達を支えるための家庭や地域における環境づくりの推進を目的としています。
○ 思春期から妊娠・出産、子育て期を通じた総合的な窓口の設置と一貫した支援体系による切れ目のないサービスの提供が求められています。
○ 10 代の人工妊娠中絶率は近年、減少傾向にあり、全国平均を下回っています。本県では赤ちゃんふれあい体験事業や命の教育セミナー事業を行うとともに、保健医療・教育・警察・子育て支援団体等が連携し、思春期保健指導セミナーを開催するなど、若年層からの母子

保健対策に取り組んでいます。

○ 妊娠を希望しながらも不妊や不育症*に悩む夫婦を対象に専門相談を実施しています。また、本県および各市町では、経済的負担の軽減を図る目的で、特定不妊治療*、男性不妊治療、一般不妊治療および不育症治療に係る医療費の一部助成を行っています。

○ 近年、共働き世帯の増加などの家族形態の多様化、地域のつながりの希薄化など、社会環境の変化により、育児不安・負担感を抱える家庭や児童虐待が増加しています。本県においても虐待相談件数は、増加の一途をたどっています。平成 24（2012）年度には乳児の死亡事例が２件発生しました。国の児童虐待死亡事例の検証結果報告によれば、死亡した子どもは０歳児の占める割合が最も多く、その背景として、予期しない妊娠等が指摘されています。

図表 8-4-1 児童虐待相談件数の年次推移



資料：三重県「児童相談所の状況」

○ 乳児死亡率は平成 25（2013）年に 3.0（全国４位）と高い値でしたが、平成 26（2014）年以降は改善傾向にあり、平成 28（2016）年現在は 1.7 となっています。

○ 虐待を受ける子どもの多くに、多数歯のう蝕（むし歯）やその処置が行われていないなど、保護者による歯科的管理が行われていない傾向があることから、小児歯科においても１歳半、３歳児健康診査や学校での歯科検診等の機会をとらえた虐待の早期発見や子育て支援体制づくりの取組が進められています。

○ 「健やか親子いきいきプランみえ（第２次）」、「希望がかなうみえ　子どもスマイルプラン」を策定し、その中で母子保健の取組について重点課題、取組目標を定め、母子保健施策の推進を図っています。

(2) 課題

○ 平成 28（2016）年６月の母子保健法の改正により、市町村においては「子育て世代包括支援センター」（法律上の名称は「母子健康包括支援センター」）の設置に努めることとされ

ました。妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行う拠点として同センターの全市町への設置を推進し、母子保健、児童福祉や子育て支援部門等とも連携したワンストップの支援体制を整備していくことが求められています。（母子保健法）

○ 子育て世代が安心して地域で子どもの健全な心身を育み、また虐待を未然防止し、さらには虐待などの世代間連鎖を防ぐために、県内市町の全ての子どもとその家庭および妊産婦に対して、養育困難な状況や虐待に関する相談、胎児期から自立に至るまでの子育て等に関する相談全般に応じること、また必要に応じ、母子保健、児童福祉、子育て支援等関係機関が連携し支援していく体制を整えることが求められています。（児童福祉法）

○ より専門的な支援を必要とする対象者については、担当保健師、市町の子ども家庭総合支援拠点や児童相談所等との連携による対応が求められています。

○ 予期しない妊娠や計画していない妊娠は、妊婦健康診査の未受診、若年といった課題や、経済的な問題、家庭的な問題等を抱えていることも多く、妊婦の健康面や虐待予防の観点からも相談しやすい体制の構築や支援の強化が求められています。

○ 産後うつの予防や新生児への虐待予防等を図る観点から、産後２週間、産後１か月など出産後間もない時期の産婦に対する産婦健康診査事業の重要性が指摘されるなど、産後初期の段階から母子に対する支援の強化が求められています。

○ 乳幼児事故予防について継続して啓発を行っていくことが求められています。

○ 聴覚障がいによる音声言語発達等への影響を最小限に抑えるために、新生児聴覚スクリーニング検査*の実施および要支援児とその保護者に対する適切な指導支援が求められています。

○ 不妊治療に関する経済的な負担の軽減や悩みに対する相談支援体制、情報提供の充実が望まれています。

○ 不育症は、全国的に専門医が少なく、また、不育症女性の多くがこころのストレスを抱えていることから、不育症の相談体制の充実および相談治療に携わる関係者への正確な情報提供が求められています。

○ 思春期においては、家庭生活や家族の大切さ、妊娠・出産や性（人工妊娠中絶や性感染症予防等）に関する医学的に正しい知識を習得し予防行動がとれるよう、ライフプラン教育の取組の推進が求められています。

○ 「健やか親子いきいきプランみえ（第２次）」に基づき、次代を担う子どもが心身ともに健やかに生まれ育つための環境づくりに家庭や地域社会全体で取り組めるよう、積極的な情報発信を行う必要があります。

(3) めざす姿

○ 安全で安心して妊娠・出産できる環境が整備され、希望する必要なケアが必要なときに受けられる支援体制が充実しています。

○ 地域全体で子どもたちの心身の健やかな成長を支援する体制が整えられ、児童虐待のない三重県をめざした取組が進められています。

○ 子どもが病気になっても不安のない保健医療システムが構築され、障がい児や長期療養児等が安心して地域で生活できる体制が整っています。

○ 心身ともに成長発達の著しい思春期において、学校、家庭、地域が協力して保健対策を強化し、子どもの主体的な自立と健全な育ちをめざした支援の取組が進められています。

(4) 取組方向

取組方向１：妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない母子保健サービスの提供
取組方向２：子どもの健やかな育ちを支えるための環境整備

(5) 取組内容

取組方向１：妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない母子保健サービスの提供

○ 全市町で子育て世代包括支援センターが設置されるよう、体制整備に向けた支援を行います。三重県の出産・育児支援体制「出産・育児まるっとサポートみえ」により、４つの視点（継続的な支援、ワンストップの支援、予防的支援、家族支援）を軸に、取組を進めます。（市町、医療機関、児童福祉施設、教育機関、ＮＰＯ、県）
○ 母子保健や子育て支援等の継続性と整合性のある支援を通じて、妊産婦および乳幼児やその保護者の生活の質の改善・向上や良好な成育環境の実現・維持を図ります。（市町、医療機関、児童福祉施設、教育機関、ＮＰＯ、県）
○ 地域の実情に応じた切れ目のない母子保健事業を実施していく上で、核となる役割を果たす母子保健コーディネーターを育成します。（市町、県）
○ 県内全ての市町において、妊娠届出時・母子健康手帳交付時の妊娠早期から妊婦面談を実施し、セルフプランや支援プランを作成するなど、相談支援の充実を図ります。また、産前・産後サポート事業、産後ケア事業、産婦健康診査事業、乳児全戸訪問支援事業や養育支援訪問事業等により、周産期のメンタルヘルス支援や虐待予防の取組を進めます。（市町、医療機関、医師会、産婦人科医会、小児科医会、精神科病院会、助産師会、ＮＰＯ、県）
○ 妊娠中からの保健指導において、産後のメンタルヘルスについて妊婦とその家族への啓発を図るとともに、必要時には支援協力が得られるよう取り組みます。（市町、医療機関）
○ 妊娠時に歯周疾患が増悪する傾向があり、その結果、早産や低体重児出産のリスクが高まることから、妊産婦の歯科健診や歯科保健指導の取組を進めます。（市町、医療機関、歯科医師会、県）
○ 予防できる死亡を防ぐために、乳幼児事故予防、ＳＩＤＳ（乳幼児突然死症候群）予防、ＳＢＳ（乳幼児揺さぶられ症候群）予防のための継続した啓発・指導や支援に関わる職員の指導能力の向上の取組を進めます。（市町、医療機関、医師会、ＮＰＯ、県）
○ 「みえ出産前後からの親子支援」を推進するとともに、「エジンバラ産後うつ病質問票（ＥＰＤＳ）*」や「赤ちゃんへの気持ち質問票*」等を活用し、育児不安の早期発見や児童虐待防止に向けた取組を進めます。（医療機関、医師会、産婦人科医会、小児科医会、精神科病院会、市町、県）
○ 家庭生活や家族の大切さ、妊娠・出産や性（人工妊娠中絶や性感染症予防等）に関する医学的に正しい知識を習得し予防行動がとれるよう、思春期におけるライフプラン教育の取組を進めます。（医療機関、産婦人科医会、市町、教育機関、ＮＰＯ、県）
○ 不妊や不育症、不妊治療の悩みや不安、疑問等に対応するため、三重県不妊専門相談セン

ターにおける専門相談を行います。（県立看護大学、県）
○ 経済的負担の軽減を図るため特定不妊治療、一般不妊治療および不育症治療に係る費用の一部助成等を行います。（市町、県）

取組方向２：子どもの健やかな育ちを支えるための環境整備

○ 母子保健推進員*や地域住民組織、ＮＰＯ等と連携し地域の子育て支援体制の充実に努めます。（県民、市民団体、ＮＰＯ、児童福祉施設、医療機関、市町、県）
○ 障がい（発達障がいを含む）を早期発見し、医療的ケア児等も含め、乳幼児期から就学まで、就学から青年期までの成長発達段階に応じた適切な支援を行うため、新生児聴覚スクリーニング検査、乳幼児健康診査（５歳児健診の実施を含む）の充実に向け、講習会等をとおし相談支援体制の整備や人材育成等を進めます。（市町、医療機関、児童福祉施設、医師会、産婦人科医会、小児科医会、ＮＰＯ、県）
○ 児童虐待の発生予防や早期発見、早期対応のため、保健・医療（歯科を含む）・児童福祉・教育等の関係機関による連携体制の整備を図るとともに、個別事例の検討、情報共有等により連携の取組を進めます。（市町、医療機関、児童福祉施設、教育機関、警察、児童相談所、ＮＰＯ、県）
○ 予期しない妊娠や性の問題に悩む若年者や家族に対応するため、相談窓口「妊娠ＳＯＳみえ『妊娠レスキューダイヤル』」の周知や医療機関、市町および各関係団体と連携した支援体制の構築に努めます。（医療機関、教育機関、ＮＰＯ、市町、児童相談所、県）

第１節｜結核・感染症対策

1.　結核対策

（1）現状

○ 結核は、結核患者の咳、くしゃみ、唾等に含まれる結核菌によって起こる感染症です。適正な治療を行えば、ほとんどの場合は治りますが、放置すれば死に至る病気で、未だに全国で年間２千人弱の人が亡くなっています。

○ 結核は、かつて「国民病」としてまん延していましたが、結核予防対策の強化に加え、生活水準の向上、医療技術の進歩等により、罹患率、死亡率が飛躍的に改善されました。しかし、国民の高齢化に伴い、昭和 50（1975）年代頃から罹患率の減少率が鈍化し始め、平成 9（1997）年には罹患率が増加に転じるに至りました。平成 11（1999）年 7 月には、厚生大臣が「結核緊急事態宣言」を発し、国民、関係機関に対策の充実・強化について協力を求めました。

○ 国において、平成 19（2007）年 3 月に「結核予防法」が廃止され、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下「感染症法」という。）への統合による総合的な結核対策を推進することになりました。また、平成 28（2016）年 11 月、「結核に関する特定感染症予防指針」が改定され、従前行ってきた総合的な取組を徹底しつつ、より効果を高めることで、平成 32（2020）年までに、罹患率 10 以下（低まん延国化）、服薬支援（ＤＯＴＳ*：ドッツ）実施率 95%以上等の目標達成をめざすこととなりました。

○ 本県の結核新登録患者数は減少傾向にあるものの、近年は横ばい状態であり、そのうち 70 歳以上の高齢者が占める割合は年々増加し、平成 28（2016）年において 65.6%と全国平均 59.0%を上回っています。また、外国（特に、高まん延国）出身の患者も一定数おり、その割合は、平成 28（2016）年は 9.1%と全国平均 7.6%を上回っています[1]。

[1] 出典：公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター「結核の統計」

図表 9-1-1 結核患者数の推移

（単位：人）

	新登録患者数		有病者数	
	全　国	三重県	全　国	三重県
昭和 40 年	304,556	4,937	929,616	20,434
昭和 50 年	108,088	1,653	435,902	8,442
昭和 60 年	58,567	732	147,580	2,295
平成 10 年	41,033	527	49,205	768
平成 19 年	25,311	342	20,637	288
平成 20 年	24,760	325	20,021	281
平成 21 年	24,170	312	18,915	260
平成 22 年	23,261	293	17,927	215
平成 23 年	22,681	280	17,264	205
平成 24 年	21,283	252	14,858	176
平成 25 年	20,495	239	13,957	171
平成 26 年	19,615	237	13,513	168
平成 27 年	18,280	244	12,534	171
平成 28 年	17,625	241	11,717	171

資料：公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター「結核の統計」

○ 県内の結核病床等の設置状況は、結核病床が 30 床（１病院）、結核患者収容モデル病床*が 42 床（一般病床４病院、精神病床１病院）となっています。

図表 9-1-2 結核病床・結核患者収容モデル病床（一般・精神）設置状況（平成 29 年 9 月 1 日現在）

（単位：床）

医療機関	市町	結核病床	結核患者収容モデル病床	
			一般病床	精神病床
厚生連三重北医療センター いなべ総合病院	いなべ市	0	2	0
四日市羽津医療センター	四日市市	0	17	0
厚生連鈴鹿中央総合病院	鈴鹿市	0	2	0
国立病院機構 三重中央医療センター	津市	30	0	0
国立病院機構 榊原病院	津市	0	0	4
伊勢赤十字病院	伊勢市	0	17	0
計		72		

資料：三重県調査

(2) 課題

○ 今後も高齢者人口の増加が予想されることから、医療機関や高齢者施設等での集団感染の防止が課題となっています。

○ 高まん延国出身の技能実習生や就労者が増加してきたこともあり、外国人への対策も課題となっています。

○ 患者が処方された薬剤を確実に服用するための服薬支援（ＤＯＴＳ）体制のさらなる充実が必要です。

○ 結核患者の減少に伴い、結核病床も減少し、病床の維持・確保が課題となっているため、

今後の結核対策を考慮した結核病床の維持・確保に向けての検討が必要です。

(3) めざす姿

○ 結核に関する正しい知識の普及啓発により、早期発見、早期治療を促進することで、結核のまん延が未然に防止されています。
○ 結核発症後は、原則、標準治療にて確実に治療が行われています。

(4) 取組方向

取組方向１：結核の発生予防とまん延防止対策の充実
取組方向２：結核患者への適切な医療の提供の推進

(5) 取組内容

取組方向１：結核の発生予防とまん延防止対策の充実

○ 「第 2 次三重県結核対策基本計画」（平成 27（2015）年策定）を必要に応じて見直し、結核に関する正しい知識の普及啓発、結核の発生予防、まん延防止および適切な医療の提供に取り組みます。（医療機関、県）
○ 医療機関や高齢者福祉施設等との連携の強化により、患者の早期発見に努め、施設内での感染防止を図ります。（医療機関、福祉施設、市町、関係機関、県）
○ 企業や学校等、高まん延国出身者の受入れ機関と連携し、外国人への対策を推進していきます。（関係機関、県）

取組方向２：結核患者への適切な医療の提供の推進

○ 医療費の公費負担による適切な医療を提供します。（医療機関、国、県）
○ 保健所の保健師による患者訪問等を実施し、患者およびその家族等への支援を行い、確実な治療へと導きます。（保健所設置市、県）
○ 結核患者の治療完遂のため、新規登録の結核患者全員に服薬支援（ＤＯＴＳ：ドッツ）を行い、確実な治療を促進します。（医療機関、関係機関、県）
○ 結核指定医療機関の医師を対象とした研修会等を開催し、多剤耐性*結核の発生防止、合併症の治療等、適切な結核医療の推進を図ります。（医療機関、関係機関、県）
○ 結核（モデル）病床を有する医療機関と連携し、結核病床の維持・確保に向けて調整・検討を行います。（医療機関、県）

2. 感染症対策

（1）現状

○ 近年、新たな感染症の出現や既知の感染症の再興（平成 20（2008）年の新型インフルエンザの世界的流行、平成 27（2015）年の韓国における中東呼吸器症候群（ＭＥＲＳ）の流行、平成 26（2014）年の西アフリカにおけるエボラ出血熱の流行、平成 29（2017）年の中東・イエメンでのコレラ集団感染等）、また、国際交流の進展等に伴い、感染症を取り巻く情勢は目まぐるしく変化しています。そして感染症の予防のみならず、感染症患者の置かれてきた状況をふまえ、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、良質かつ適切な医療の提供を確保し、感染症に迅速かつ的確に対応することが求められています。

○ 新たな感染症が海外において発生しており、これらの感染症に対して万全の対策を講じることが求められる中、平成 26（2014）年、新型インフルエンザ等感染症に変異するおそれが高い鳥インフルエンザ（H7N9）および中東呼吸器症候群（ＭＥＲＳ）が、二類感染症に追加されました。また、一類感染症等の患者等からの検体採取について定めるなど、感染症に関する情報の収集を強化するための規定を整備し、感染症予防の推進を図るとともに、感染症のまん延防止策の充実を図るための感染症法改正が行われました。さらに、近年中南米等で流行をみせているジカウイルス感染症が、平成 28 年（2016）年、四類感染症に追加されました。

○ 本県では、感染症法に基づき「三重県感染症予防計画」を策定（平成 28（2016）年改訂）し、感染症の予防およびまん延防止、感染症患者に対する良質かつ適切な医療の提供、感染症に関する知識の普及等、感染症の予防のための諸施策を総合的に推進しています。

○ 腸管出血性大腸菌感染症は毎年夏季を中心に発生し、全国各地で集団感染事例も散発的に発生しています。本県では平成 22（2010）年に大規模な集団感染事例があったほか、依然として家庭での散発事例や、平成 29（2017）年には、高齢者施設での小規模な集団感染事例等も発生しています。

○ 麻しんについては、平成 27（2015）年 3 月 27 日、世界保健機関（ＷＨＯ）によって、日本は、排除状態と認定されましたが、海外輸入株による集団感染事例、散発事例等が発生しています。本県でも、平成 29（2017）年 2 月に、企業内での集団感染事例が発生しました。

○ 西日本を中心に発生しているダニ媒介感染症の重症熱性血小板減少症候群（ＳＦＴＳ）は、ペットからの感染事例が報告されるなど近年注目を浴びています。本県では、平成 27（2015）年に、初めて発生が報告されて以降、年間数件の発生があります。

図表 9-1-3 三重県における1～3類感染症患者発生数

	1類感染症	2類感染症（結核）※潜在性結核感染症を含む ※平成18年度以前は全数把握対象疾患に未指定	2類感染症（その他）	3類感染症（腸管出血性大腸菌）	3類感染症（その他）
平成12年	0		0	60	10
平成13年	0		0	80	22
平成14年	0		0	27	12
平成15年	0		0	20	6
平成16年	0		0	77	10
平成17年	0		0	39	8
平成18年	0		0	32	3
平成19年	0	328	0	29	4
平成20年	0	411	1	53	1
平成21年	0	376	0	39	7
平成22年	0	342	0	350	3
平成23年	0	371	0	50	7
平成24年	0	329	0	74	3
平成25年	0	319	0	62	4
平成26年	0	357	0	58	2
平成27年	0	312	0	38	0
平成28年	0	300	0	44	1

資料：三重県感染症情報センター「平成29年　1～5類全数届出感染症患者届出数（三重県）」

（参　考）
1類感染症：エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
2類感染症：急性灰白髄炎（ポリオ）、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（ＳＡＲＳ）、中東呼吸器症候群（ＭＥＲＳ）、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）
3類感染症：コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス
4類感染症：Ｅ型肝炎、ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎を含む）、Ａ型肝炎、黄熱、オウム病、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群（ＳＦＴＳ）、ダニ媒介脳炎、つつが虫病、デング熱、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9を除く）、日本紅斑熱、レジオネラ症等
5類感染症：アメーバ赤痢、ウイルス性肝炎（Ｅ型およびＡ型を除く）、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、後天性免疫不全症候群（ＨＩＶ感染症を含む）、梅毒、風しん、麻しん等
新型インフルエンザ等感染症

○ 感染症法に基づく本県の感染症病床の基準病床数は、第一種感染症病床が全県で２床、第二種感染症病床が４つの二次医療圏合計で22床となっています。

図表 9-1-4 第一種感染症・第二種感染症指定医療機関*配置状況（平成 29 年 9 月 1 日現在）

（単位：床）

	二次医療圏	指定医療機関	市町	病床数
第一種	—	伊勢赤十字病院	伊勢市	2
第二種	北勢医療圏	県立総合医療センター	四日市市	4
		市立四日市病院	四日市市	2
	中勢伊賀医療圏	国立病院機構 三重中央医療センター	津市	6
		国立病院機構 三重病院	津市	2
	南勢志摩医療圏	松阪市民病院	松阪市	2
		伊勢赤十字病院	伊勢市	2
	東紀州医療圏	紀南病院	御浜町	4

資料：三重県調査

○ 予防接種センターを設置（国立病院機構三重病院内）し、予防接種要注意者等への予防接種の実施、医療相談、正しい知識や情報の提供等、安心して予防接種が受けられる体制を整備するとともに、市町と連携し、予防接種率の向上および接種間違いの防止、健康被害者の救済等を行っています。

(2) 課題

○ 感染症（結核）病床の整備、医師を含む感染症専門職種の確保といった医療提供体制の整備とともに、地域における保健所、市町、消防、警察、医療機関等の関係機関の連携によるネットワーク体制の構築が重要です。

○ 今日では多くの感染症の予防・治療が可能となってきており、感染症対策もこれまでの集団防衛的な考え方ではなく個人レベルでの予防を推進するとともに、患者の人権を尊重した良質かつ適切な医療提供体制の充実が望まれています。

○ 蚊媒介感染症や麻しん、風しん等は、そのほとんどが海外渡航者等からの発生であるため、旅行者等に対して現地情報の提供や予防方法の周知を行う必要があります。また、国内においても蚊に刺されない、蚊を発生させないなどの予防対策や、麻しん、風しん等の予防接種の徹底等を推進していく必要があります。

○ ダニ媒介感染症については、疾患に対する正しい知識やダニに咬まれないなどの感染予防対策を周知する必要があります。

○ インフルエンザは毎年冬季に流行しており、県内の学校等でも集団発生が多く見られることから、手洗い、咳エチケットの励行等の予防策を充実することが必要です。

(3) めざす姿

○ 感染症法に基づいた、感染症の発生予防および、感染症発生の早期探知と迅速かつ的確な対応によるまん延の防止がなされるとともに、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、良質かつ適切な医療が提供されています。

(4) 取組方向

取組方向１：感染症の発生予防とまん延防止対策の充実
取組方向２：感染症患者への適切な医療の提供の推進

(5) 取組内容

取組方向１：感染症の発生予防とまん延防止対策の充実

○ 「三重県感染症予防計画」を必要に応じて見直し、的確な感染症対策を推進します。（医療機関、市町、関係機関、県）
○ インフルエンザ等の感染症の発生予防を目的とした情報提供や発生動向の発表および注意喚起を実施します。（医療機関、市町、関係機関、県）
○ 感染症の発生を迅速に検査できる体制の整備および関係機関との連携体制を強化します。（医療機関、市町、関係機関、県）
○ 感染症の発生に備えて、防疫用品の備蓄や関係機関と連携した訓練に取り組みます。（医療機関、市町、関係機関、県）
○ 学校、幼稚園、保育所、高齢者施設等は、感染症情報システム等による感染症情報の積極的な活用に努め、感染症早期探知とまん延防止に取り組みます。（教育機関、関係機関）
○ 学校、幼稚園、保育所、高齢者施設等の自施設で、感染症予防を普及啓発できる人材を育成します。（教育機関、医療機関、市町、関係機関）
○ 三重県予防接種センター、市町と連携して、予防接種を効果的に実施します。（医療機関、市町、関係機関、県）

取組方向２：感染症患者への適切な医療の提供の推進

○ 感染症（結核）病床の整備や医師を含む感染症専門職種の確保により、受入体制の整備に取り組むとともに、感染症患者の人権の尊重も含めた良質かつ適切な医療の提供を行います。（医療機関）

3. エイズを含む性感染症対策

(1) 現状

○ エイズは後天性免疫不全症候群（Acquired Immune Deficiency Syndrome）の略語で、ヒト免疫不全ウイルス（Human Immunodeficiency Virus。以下「ＨＩＶ」という。）が免疫細胞に感染し、免疫細胞を破壊して後天的に免疫不全を起こす免疫不全症のことです。
○ ＨＩＶは通常の環境では非常に弱いウイルスであり、普通の社会生活では感染することはありません。主な感染経路は、同性もしくは異性間の性的接触による感染、注射器の使いまわしや針刺し事故等による血液感染、出産時や授乳等による母子感染です。
○ 感染後５～10年は無症状ですが、体内ではＨＩＶが増殖を続けており、この期間中に感染が広がる場合があります。エイズを発症すると免疫力が低下し、普通の社会生活ではかか

らないような多くの日和見感染*を生じます。抗ＨＩＶ療法の進歩により、ＨＩＶ感染者・エイズ患者（以下「エイズ患者等」という。）の生命予後は著しく改善されましたが、ＨＩＶを完全に排除することは現在でも困難です。

○ ＨＩＶ感染の拡大は、世界的に極めて深刻な状況にあります。わが国においては、昭和 60（1985）年に患者が確認されて以来、エイズ患者等の報告が続いており、近年は年間 1,500 件程度で推移しており、エイズ患者等の累計報告数は、平成 28（2016）年 12 月末でＨＩＶ感染者 18,851 人、エイズ患者 8,493 人となっています[2]。また、新規報告数に占める新規エイズ患者の割合（以下「いきなりエイズ」という。）は 30%近い値を維持しています。

○ 平成 28（2016）年度における全国の新規エイズ患者等を性別および国籍別にみると、日本国籍男性が８割を超え、同性間性的接触が主な感染経路となっています。年齢別では、新規ＨＩＶ感染者は 20～30 代に多く、新規エイズ患者は 40 代以上に多い傾向があります。

○ 本県の新規エイズ患者等の報告は年間 10 人程度で推移しており、いきなりエイズは 40%近い値となっています。また、平成元（1989）年からの累計報告数は、平成 28（2016）年 12 月末でＨＩＶ感染者 160 人、エイズ患者 90 人となっています[3]。

○ 本県の特徴として、全国に比べると外国国籍のエイズ患者等の報告および異性間性的接触による感染割合が高い傾向にあります。

○ 本県では、全ての保健所で無料、匿名のＨＩＶ検査を実施しています。

○ ３保健所（四日市市、津、伊勢）で夜間検査を、うち津保健所では迅速（即日）検査も実施しており、安心して相談、検査が受けられる体制を整備しています。また、各保健所が地域の実情に応じた普及啓発事業を実施しています。

○ 県内にエイズ治療拠点病院を４か所指定しており、医療従事者を対象とした研修への派遣や、要望に応じて外国人患者の診療のために通訳を派遣するなど、各拠点病院の医療提供体制の充実に努めています。

図表 9-1-5 エイズ治療拠点病院（平成 29 年 10 月１日現在）

- 三重大学医学部附属病院（中核拠点病院）
- 県立総合医療センター
- 国立病院機構 三重中央医療センター
- 伊勢赤十字病院

[2] 出典：厚生労働省「平成 28 年 エイズ発生動向年報」
[3] 出典：三重県感染症情報センター「三重県の患者・感染者数情報」

図表 9-1-6 HIV感染者およびエイズ患者の年次別推移（外国籍患者を含む）

（単位：人）

	全　国			三重県		
	ＨＩＶ感染者	エイズ患者	計	ＨＩＶ感染者	エイズ患者	計
平成 5年	277	86	363	5	1	6
平成 10 年	422	231	653	1	1	2
平成 15 年	640	336	976	4	4	8
平成 19 年	1,082	418	1,500	10	8	18
平成 20 年	1,126	431	1,557	8	5	13
平成 21 年	1,021	431	1,452	2	4	6
平成 22 年	1,075	469	1,544	6	3	9
平成 23 年	1,056	473	1,529	7	5	12
平成 24 年	1,002	447	1,449	8	1	9
平成 25 年	1,106	484	1,590	10	8	18
平成 26 年	1,091	455	1,546	9	1	10
平成 27 年	1,006	428	1,434	6	0	6
平成 28 年	1,011	437	1,448	8	5	13

資料：厚生労働省「平成 28 年エイズ発生動向年報」、
三重県感染症情報センター「後天性免疫不全症候群（ＡＩＤＳ／ＨＩＶ）発生状況」

○ その他の性感染症（Sexually Transmitted Diseases：ＳＴＤ*）には、主に以下の表のようなものがあります。

図表 9-1-7 主な性感染症

梅毒	アメーバ赤痢
淋菌感染症	非淋菌性尿道炎
性器クラミジア感染症	軟性下疳
性器ヘルペスウイルス感染症	そけいリンパ肉芽腫症
尖圭コンジローマ	膣トリコモナス症
Ａ型肝炎	ケジラミ症
Ｂ型肝炎	

○ 性感染症のうち、性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症の４疾患の患者発生動向は、本県では 17 か所、全国では約 970 か所のＳＴＤ（性感染症）定点医療機関からの月ごとの届出により把握されています。

○ 本県においては、上記の４疾患は横ばいまたは減少傾向にあります。性感染症の中で患者が最も多いのは性器クラミジア感染症で、年齢別に見ると男性 20～30 代前半、女性 10 代後半～20 代で多くなっています。

○ 近年、全国的に梅毒の発生が増加しています。本県においては、梅毒の年間患者届出数は、平成 21（2009）年をピークに減少傾向にありましたが、平成 25（2013）年以降は全国と同

様に増加しており、平成 29（2017）年は過去最高を更新する状況です。
○ 性感染症については、早期発見と早期治療によって、治癒または重症化を防止することが大切です。定期的に産婦人科または泌尿器科等で検診を受けることも早期発見や予防のために有効です。

(2) 課題

○ エイズを含む性感染症に対する正しい知識の普及啓発および教育に関する取組が必要です。
○ エイズを含む性感染症の早期発見に向けた検査体制の整備が必要です。
○ エイズ患者およびその家族の相談・支援体制の充実を図る必要があります。
○ エイズ患者等の高齢化に伴い、在宅医療・介護等、地域における受入体制の整備が必要です。

(3) めざす姿

○ 県民へのエイズを含む性感染症に関する正しい知識の普及が図られることで、エイズや性感染症に対する感染の危険が回避されるとともに、ＨＩＶ・性感染症の感染者・患者が早期に発見され、良質かつ適切な医療や療養が提供されています。

(4) 取組方向

取組方向１：エイズを含む性感染症予防のための正しい知識の普及啓発の充実
取組方向２：エイズを含む性感染症の早期発見に向けた検査体制の充実
取組方向３：エイズ治療拠点病院等における医療水準の向上
取組方向４：エイズ患者等の在宅医療・介護等の環境整備

(5) 取組内容

取組方向１：エイズを含む性感染症予防のための正しい知識の普及啓発の充実

○ 感染リスクの高い若年層等に重点を置いた、エイズを含む性感染症予防のための普及啓発を推進します。（市町、県）
○ 感染者・患者への差別や偏見を解消するための啓発活動の推進と患者およびその家族への支援体制を充実します。（市町、県）

取組方向２：エイズを含む性感染症の早期発見に向けた検査体制の充実

○ ＨＩＶ検査や性感染症検査をより受けやすくするために、夜間検査や迅速（即日）検査の拡大を図ります。（医療機関、保健所設置市、県）
○ 相談・検査の実施にあたっては、プライバシーに配慮し、感染の不安のある人が安心して受けられる体制を充実します。（保健所設置市、県）

取組方向３：エイズ治療拠点病院等における医療水準の向上

○ エイズ患者等が身近な医療機関で適切な医療が受けられるよう医療水準の向上を図ります。（医療機関、県）

○ エイズ治療拠点病院等の医療従事者を対象とした研修会や情報交換のための連絡会等を開催し、医療水準の向上を図ります。（医療機関、県）

取組方向４：エイズ患者等の在宅医療・介護等の環境整備

○ エイズ患者等が地域で安心して在宅医療や介護が受けられるよう、体制の整備を図ります。（医療機関、訪問看護・介護事業所、県）

○ 訪問介護・介護事業所の職員を対象とした研修会を開催し、関係職員に正しい知識を普及します。（医療機関、訪問看護・介護事業所、県）

4. ウイルス性肝炎対策

（1）現状

○ わが国には、Ｂ型およびＣ型をあわせ 200 万人を超える肝炎ウイルスの持続感染*者が存在すると推計され、ウイルス性肝炎は国内最大の感染症であるといわれています。

○ ウイルス性肝炎は、自覚症状に乏しく、本人が気づかないうちに慢性肝炎から肝硬変、肝がんに進行するリスクの高い疾患です。

○ 早期に感染の有無を確認し、適切な治療につなげることは、潜在患者の肝がん予防、健康長寿とＱＯＬ（生活の質）の向上の確保とともに、将来の医療費の抑制効果が期待できます。

○ ウイルス性肝炎は、治療が奏効すれば、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患です。しかしながら、自覚症状に乏しいことや、ウイルス性肝炎に関しての知識や肝炎ウイルス検査の必要性が正しく認識されていない場合もあり、必ずしも適切な検査や治療につながっている状況ではないと推測されています。

○ 肝炎ウイルスの感染は、輸血や母子感染、乳幼児期の集団予防接種等により広まりました。現在では献血血液の検査や母子感染対策の実施により、新たな持続感染はほぼ無くなったとされています。このため、感染者は 40 代以上の年齢層に多くなっています。

○ 人口比から推計すると、本県にも約３～４万人の肝炎ウイルスの持続感染者が存在し、肝炎ウイルスの感染を自覚していない潜在的な感染者は約１万１千人、感染を自覚しているものの継続的な受診をしていない感染者は約７千～１万７千人いると推計されます。

○ 本県では、各保健所および委託医療機関で無料の肝炎ウイルス検査を実施しています。また、一部市町では「健康増進法」に基づき、40 歳以上の方を対象に肝炎ウイルス検診を実施しています。

(2) 課題

○ 本県における「健康増進法」に基づく 40 歳時の肝炎ウイルス検診の受診率は、変動はあるもののおおむね増加傾向にあり、平成 27（2015）年度は 8.4%と全国平均の 6.6%を上回っています[4]。しかし、感染を自覚していない潜在的な感染者や感染を自覚しているものの継続的な受診をしていない感染者は未だ多く、引き続き肝炎ウイルス検診に関する普及啓発と検診および相談体制の充実を図る必要があります。

○ 肝炎ウイルスの感染が疑われる患者や肝炎ウイルス検査・検診の陽性者が、適切な精密検査・治療を受けられるよう、かかりつけ医と肝臓専門医が、効果的に連携が図れる体制づくりや陽性者のフォローアップを行っていく必要があります。

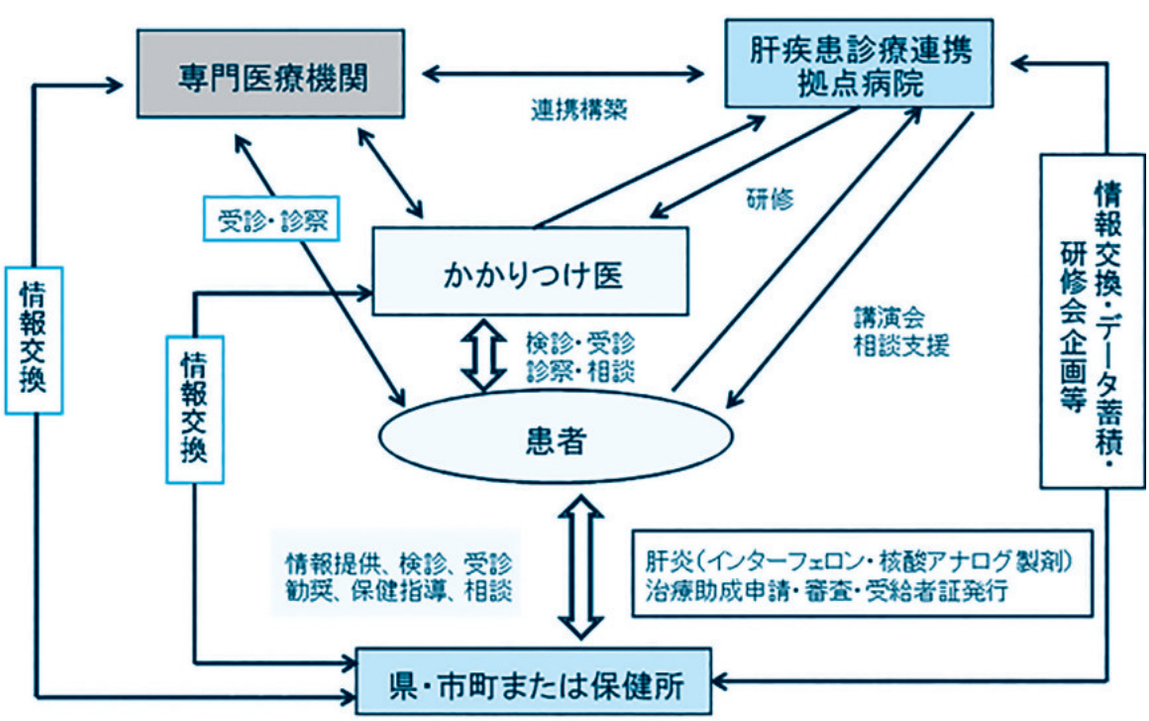
○ 治療促進のためには、患者の経済的負担を軽減するとともに、安心して治療が受けられる社会環境も整備していく必要があります。

(3) めざす姿

○ 県民がウイルス性肝炎に関する正しい知識を持ち、検査を希望した人が、速やかに検査が受けられる環境が整備されています。また、肝炎ウイルス検査・検診の陽性者が、適切に精密検査や治療が受けられるよう、陽性者のフォローアップと精密検査・治療の経済的負担が軽減される仕組みが構築されています。

○ かかりつけ医と肝臓専門医の連携によるウイルス性肝炎の適切な治療体制が整っています。

図表 9-1-8 肝疾患診療ネットワーク



[4] 出典：厚生労働省「平成 27 年度健康増進事業における肝炎ウイルス検診等実績」

（4）取組方向

取組方向１：肝炎ウイルス感染予防についての普及啓発の充実
取組方向２：肝炎ウイルス検査および陽性者のフォローアップ体制の充実
取組方向３：肝炎に関する医療提供体制の充実
取組方向４：慢性肝炎患者等への支援の推進

（5）取組内容

取組方向１：肝炎ウイルス感染予防についての普及啓発の充実

○ 肝炎ウイルスの感染予防について、リーフレットやホームページ等を活用し、県民に対して肝炎に関する正しい知識、早期発見や早期治療の意義等についての普及啓発を推進します。（事業者、医療機関、医師会、市町、関係機関、県）
○ 肝炎ウイルス検査について、未受検者に対する受検勧奨を推進します。（医療機関、医師会、市町、関係機関、県）

取組方向２：肝炎ウイルス検査および陽性者のフォローアップ体制の充実

○ 保健所での夜間検査や医療機関への委託による無料検査等、受検者の利便性に配慮した肝炎ウイルス検査を実施するとともに、市町が実施する肝炎ウイルス検診の広報を進めます。（市町、県）
○ 肝炎ウイルス陽性者に対し、相談対応やフォローアップ、検査費用の助成を行うことにより、早期治療につなげ、重症化予防を図ります。（医療機関、市町、県）

取組方向３：肝炎に関する医療提供体制の充実

○ 肝疾患診療に関する医療機関の情報を積極的に収集するとともに、インターネット、広報誌等の媒体を活用して県民への情報提供を進めます。（医療機関、市町、県）
○ 県内の肝疾患の診療ネットワークの中心的な役割を果たす肝疾患診療連携拠点病院*の活動を支援します。（医療機関、県）
○ 肝疾患診療連携拠点病院を中心にかかりつけ医、肝疾患に関する日本肝臓病学会や日本消化器病学会の専門医が所属する専門医療機関が連携した肝疾患診療ネットワークの構築を進めます。（医療機関、医師会、県）

取組方向４：慢性肝炎患者等への支援の推進

○ ウイルス性肝炎の早期治療を促進するため、最新治療に対応したインターフェロン治療や核酸アナログ製剤治療、インターフェロンフリー治療に係る医療費助成を継続して実施します。（県）
○ 患者の定期的な検査の継続および重症化予防を図るため、抗ウイルス療法非適応者に対し、定期検査費用の助成を実施します。（県）
○ 長い療養生活における患者等の悩みや今後の病状に対する不安等について、医療機関、県、市町等における相談体制の整備を継続して進めます。（医療機関、市町、県）

5. 新型インフルエンザ等対策

(1) 現状

○ 新型インフルエンザとは、鳥やブタ等で流行しているインフルエンザがヒトに感染し、変異してヒトからヒトへ持続的に感染する能力を獲得したものをいいます。近年、中国や東南アジア、中東において、高病原性鳥インフルエンザ*（H5N1、H7N9 など）のヒトへの感染事例が多発しており、新型インフルエンザの出現が懸念されています。

○ 新型インフルエンザ等感染症の発生に備え、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」（以下「特措法」という。）に基づき、本県では、平成 25（2013）年 6 月策定の「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」をふまえ、平成 25 年（2013 年）11 月、「三重県新型インフルエンザ等対策行動計画」を策定しました。また、発生を想定した訓練を実施するとともに、抗インフルエンザウイルス薬（タミフルカプセル、タミフルドライシロップ、リレンザ、イナビル、ラピアクタ）および個人防護具等の備蓄を行っています。

○ 特措法に基づき、本県では、予防接種（特定接種、住民接種）体制の整備を支援しています。また、新型インフルエンザ等感染症の発生時に県民の生命や経済の安定確保に協力いただく指定地方公共機関として 19 団体を指定しています。さらに、発生初期の患者受入れを依頼する帰国者・接触者外来協力医療機関として 23 医療機関を登録しています(非公表)。

○ 新型インフルエンザ等の入院患者発生に備え、受入れ可能な医療機関を確保するため、陰圧病床を整備するなど医療機関の設備整備を行っています。

図表9-1-9 指定地方公共機関

業種	指定地方公共機関の名称	指定年月日
医療機関	地方独立行政法人三重県立総合医療センター（県立総合医療センター）	平成 26 年 11 月 7 日
	地方独立行政法人桑名市総合医療センター（桑名東医療センター、桑名西医療センター）	平成 26 年 11 月 7 日
	社会福祉法人恩賜財団済生会支部三重県済生会（済生会松阪総合病院）	平成 26 年 11 月 7 日
	三重県厚生農業協同組合連合会（松阪中央総合病院、鈴鹿中央総合病院、三重北医療センター菰野厚生病院、三重北医療センターいなべ総合病院）	平成 26 年 11 月 7 日
医療関係団体	一般社団法人三重県病院協会	平成 26 年 3 月 28 日
	公益社団法人三重県医師会	平成 26 年 3 月 28 日
	一般社団法人三重県薬剤師会	平成 26 年 3 月 28 日
	公益社団法人三重県歯科医師会	平成 26 年 3 月 28 日
	公益社団法人三重県看護協会	平成 26 年 3 月 28 日

医薬品卸業	株式会社スズケン	平成 26 年 3 月 28 日
	アルフレッサ株式会社	平成 26 年 3 月 28 日
	中北薬品株式会社	平成 26 年 3 月 28 日
	株式会社メディセオ	平成 26 年 3 月 28 日
	東邦薬品株式会社	平成 26 年 3 月 28 日
ガス事業者	一般社団法人三重県ＬＰガス協会	平成 26 年 3 月 28 日
鉄道事業者	三岐鉄道株式会社	平成 26 年 3 月 28 日
旅客自動車運送業者	公益社団法人三重県バス協会	平成 26 年 3 月 28 日
	一般社団法人三重県トラック協会	平成 26 年 3 月 28 日
水運事業者	伊勢湾フェリー株式会社	平成 26 年 3 月 28 日

(2) 課題

○ 新型インフルエンザ等が発生した際に迅速に対応できるよう、医療機関や市町等の関係機関の連携体制の構築および訓練が必要です。
○ 感染拡大および重症化を予防するための予防接種（特定接種・住民接種）体制の構築が必要です。
○ 新型インフルエンザ等患者が入院できる医療機関のさらなる整備が必要です。

(3) めざす姿

○ 感染症法に基づき、情報の収集を強化し、感染症の発生予防とまん延防止対策が図られています。また、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、良質かつ適切な医療の提供が確保され、迅速かつ的確な対応がされています。
○ 特措法（感染症法、予防接種法を含む）に基づき、新型インフルエンザ等の発生時において、感染拡大が可能な限り抑制され、県民生活への影響が最小にとどめられています。

(4) 取組方向

取組方向１：新型インフルエンザ等の発生時における連携体制の構築
取組方向２：新型インフルエンザ等の発生に備えた整備計画

(5) 取組内容

取組方向１：新型インフルエンザ等の発生時における連携体制の構築

○ 関係機関と連携し、新型インフルエンザ等の発生を想定した、関係機関合同の訓練を行います。（医療機関、医療関係団体、指定地方公共機関、市町、国、県）
○ 市町が実施主体である、県民に対する予防接種（住民接種）の実施体制の整備を支援します。（市町、医療機関、医療関係団体、県）

取組方向２：新型インフルエンザ等の発生に備えた整備計画

○ 新型インフルエンザ等の発生に備え、抗インフルエンザウイルス薬および個人防護具等の備蓄を行います。（医療機関、県）

○ 新型インフルエンザ等の患者が入院できるよう、医療機関の整備を行います。（医療機関、国、県）

第２節｜医薬品等の安全対策と薬物乱用の防止

1. 医薬品等の安全対策

(1) 現状

○ 疾病原因の変化や健康意識の高まりの中で、医薬品等に対する県民の関心はますます高まっています。

○ 医薬品等は、私たちの健康と密接な関係を持つことから、その品質、有効性および安全性を確保するため、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」に基づき、薬事監視員が製造業者・製造販売業者、薬局、医薬品販売業者等の監視指導を実施しています。また、後発医薬品の数量シェアが拡大していることから、その品質を確保するために、後発医薬品の製造業者の監視指導を行うとともに、製品検査を実施しています。

○ 近年の健康志向の高まりを背景に、いわゆる健康食品がブームとなっていますが、これらの中には、医薬品に該当する成分を配合したり、医薬品と紛らわしい効能等の表示・広告を行ったりしている製品（無承認無許可医薬品）も少なくありません。

○ 毒物劇物取扱施設においては、毒物劇物の飛散、漏出、流出等により保健衛生上の危害が発生するおそれがあり、特に、大地震・大規模風水害等激甚災害発生時には、危害が拡大する可能性があります。

○ 医師と薬剤師が各々の専門性を発揮するため、医薬分業を推進しており、本県における医薬分業率は、平成 28（2016）年実績で 64.1%（全国 71.7%）となっています[5]。

○ 地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ薬局が服薬情報の一元的・継続的な把握や在宅での対応を含む薬学的管理・指導などの機能を果たすため、患者本位の医薬分業の実現に取り組んでいます。

○ 県民の健康への意識や要求は高く、セルフメディケーションに対する関心も高まっています。

(2) 課題

○ 医薬品等は、県民が健康な生活を営む上で、必要かつ不可欠なものであることから、製造・流通・販売から服薬等に至るまでの過程において、その安全性等を確保する必要がありま

[5] 出典：日本薬剤師会調査

す。また、後発医薬品の数量シェアが年々拡大していることから、その品質を確保する必要があります。

○ 無承認無許可医薬品等による健康被害を未然に防止するため、監視指導を徹底する必要があります。

○ 毒物劇物取扱施設において、毒物劇物の飛散、漏出、流出等による保健衛生上の危害の発生を防止するため、毒物劇物を適正に管理することが必要です。

○ 地域医療の向上に貢献できる質の高い医薬分業を確立するため、薬に関する身近な相談から健康づくりの支援まで対応できる、地域に密着した「かかりつけ薬局」の育成が必要です。

○ 薬剤師が、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握や医療機関等との連携に取り組むとともに、夜間・休日等における調剤や電話相談に対応するなど、「かかりつけ薬剤師」としての役割を発揮し、地域包括ケアシステムの一翼を担うことが必要です。

○ 薬局薬剤師は、エビデンスに基づいた質の高いセルフメディケーションを実現するため、薬局を地域における健康サポートの拠点として、一般用医薬品の供給や適正使用の促進、消費者への啓発活動に積極的に取り組むことが必要です。

(3) めざす姿

○ 後発医薬品を含めた医薬品等の品質、有効性および安全性が確保され、医薬品等が適正に管理、使用されることによって、県民の健康が確保されています。

○ 医薬品についての適切な情報が提供されることで、医療の質が向上しています。

○ 薬局が地域における健康サポートの拠点へと成熟しており、県民から信頼を得た「かかりつけ薬局」「かかりつけ薬剤師」として定着しています。

(4) 取組方向

取組方向１：医薬品製造販売業者等に対する監視指導の強化
取組方向２：無承認無許可医薬品等の監視指導の充実
取組方向３：医薬品等に関する情報提供の推進
取組方向４：薬局機能の強化とかかりつけ薬局の育成

(5) 取組内容

取組方向１：医薬品製造販売業者等に対する監視指導の強化

○ 医薬品等製造販売業者、薬局・医薬品販売施設等に対する監視指導を徹底することで、製造から流通までの各段階において医薬品等の安全性を確保します。また、後発医薬品の品質を確保するために、後発医薬品の製造業者の監視指導を徹底するとともに、製品検査を実施します。（保健所設置市、県）

○ 医薬品等による事故が発生した際に、保健衛生上の被害を最小限に食い止めるために必要な対応を行います。（事業者、医療機関、薬局、保健所設置市、県）

○ 毒物劇物取扱施設に対して、立入検査、講習会等を通じて毒物劇物の適正管理の指導を行

います。（保健所設置市、県）

取組方向２：無承認無許可医薬品等の監視指導の充実

○ 製品表示や広告の監視指導、買上調査の実施等、無承認無許可医薬品等の監視指導体制を充実させます。（保健所設置市、県）

○ 県民が無承認無許可医薬品等についての正しい知識を持つことで、健康被害を未然に防げるよう、啓発活動を推進します。（薬局、薬剤師会、保健所設置市、県）

取組方向３：医薬品等に関する情報提供の推進

○ 医薬品等による健康被害を防ぐため、県民に対し医薬品等の副作用や服用方法などに関する正しい知識の情報提供を行います。（医療機関、薬局、医療関係団体、市町、県）

取組方向４：薬局機能の強化とかかりつけ薬局の育成

○ 薬局・薬剤師が、「かかりつけ薬局」「かかりつけ薬剤師」としての役割を果たすことができるよう、薬局の機能強化や薬剤師の資質向上に取り組みます。（薬局、薬剤師会、県）

○ 薬局が地域における健康サポートの拠点としての役割を効果的に果たせるよう、県民に対する普及啓発を実施します。（薬局、薬剤師会、保健所設置市、県）

2. 薬物乱用の防止

（1）現状

○ 薬物乱用問題は、世界的な広がりを見せ、県民の生命はもとより、社会の安全や安定を脅かすなど、深刻な社会問題の一つとなっています。

○ 全国的に見ると、20 代を中心とした若者の大麻乱用問題は依然として深刻であり、また、大麻の不正栽培が拡大しており、極めて憂慮すべき状況です。

○ 本県においても、覚醒剤をはじめとした違法薬物の乱用が高い水準で推移しており、依然として深刻な状況です。

○ 危険ドラッグ*は、麻薬・覚醒剤・大麻等には指定されていませんが、妄想、幻覚、幻聴、精神への悪影響や意識障害等を起こすおそれがある製品であり、非常に危険です。

○ 薬物の乱用は、乱用者個人の健康を害するばかりでなく、平和な家庭を破壊し、また、凶悪な二次犯罪を引き起こすなど大きな社会問題につながります。

（2）課題

○ 青少年を中心として全ての世代に対して薬物乱用防止に関する啓発活動を行い、正しい知識を普及するとともに、規範意識の向上に取り組む必要があります。

(3) めざす姿

○ 県民が薬物乱用の危害について十分認識し、薬物乱用を許さない意識が醸成されています。

(4) 取組方向

取組方向：薬物の乱用防止の総合的な対策の推進

(5) 取組内容

取組方向：薬物の乱用防止の総合的な対策の推進

○ 民間団体、学校、市町等と連携し、広く県民に対し薬物乱用防止の啓発活動を実施します。（民間団体、教育機関、市町、関係機関、県）

○ 小学校・中学校・高等学校等を対象に民間団体等と協力して薬物乱用防止教室を開催します。（民間団体、教育機関、市町、県）

○ 麻薬・向精神薬・覚醒剤原料等の取扱施設の立入検査を実施し、不正使用、不正流通を防止します。（保健所設置市、県）

○ インターネット監視等により危険ドラッグの販売店舗を探知した場合は、速やかに立入検査等を行うことで、販売店舗を根絶します。（保健所設置市、関係機関、県）

○ こころの健康センターを薬物相談の中核とし、関係機関と連携を強めることにより薬物相談ネットワークを充実強化します。（医療機関、市町、関係機関、県）

○ 相談応需職員の研修を行うことにより、薬物相談に総合的に対応する体制の充実を図ります。（医療機関、市町、関係機関、県）

○ 薬物乱用者に対して更生指導を行うとともに、その家族等からの相談に応じることによって、薬物乱用者およびその家族等の支援を行います。（県民、市町、関係機関、県）

第３節｜その他の取組

1. 食の安全確保対策

(1) 現状

○ 「三重県食の安全・安心確保基本方針」に基づき、食品の生産から消費に至るまでの一貫した監視指導や検査体制の構築、事業者・消費者への情報提供等、総合的な食の安全の確保に取り組んでいます。

(2) 課題

○ 消費者の安全・安心への関心が高まる中、食品の製造・加工から流通に至る過程において、衛生管理、食品表示等の監視指導や食品の検査等に取り組んでいますが、食の安全・安心を確保するためには引き続きこれらを実施し、県内に流通する食品の安全性を確保するこ

とが必要です。

○ 食品の不適正な表示事案等の発生を防止するため、食品関連事業者のコンプライアンス意識の向上を図るとともに、食の安全・安心を確保するための自主的な取組を促進する必要があります。

(3) めざす姿

○ 食品の製造・加工・流通から消費に至る全ての過程において、安全管理の定着、高度化が図られ、食に関わる課題に対し、県民の皆さんへの影響を最小限に抑えられる体制が整備され、食の安全・安心が確保された社会が構築されています。

(4) 取組方向

取組方向１：関係施設の監視指導および食品検査による適合性確認
取組方向２：食品表示の確認
取組方向３：自主管理の取組の促進

(5) 取組内容

取組方向１：関係施設の監視指導および食品検査による適合性確認

○ 食品の製造から販売に至る各段階で、カンピロバクターやノロウイルス等による食中毒の防止対策等を実施するとともに、危害発生リスクに応じた施設の監視指導および食品検査を実施します。(県)

○ 食品中の残留農薬、動物用医薬品等の検査を行い、不適合があった場合は、改善を指導します。(県)

○ 食品検査の結果を安全情報としてホームページ等を通じて公表します。(県)

取組方向２：食品表示の確認

○ 食品の正確な情報を消費者に伝えるため、食品表示法に基づく食品表示基準について消費者や事業者に普及啓発を行うとともに、食品の販売店や製造者等に対する立入検査の際に、食品表示を確認します。(事業者、県)

○ 食品の表示について、関係団体等と連携を図ることにより、情報収集や適正化を図ります。(事業者、関係団体、県)

取組方向３：自主管理の取組の促進

○ 全ての営業許可施設およびその他の製造・加工施設において、衛生管理や食品表示の自主点検が実施されていることを、関係団体等とも連携して確認します。(事業者、関係団体、県)

○ ＨＡＣＣＰ*(Hazard Analysis and Critical Control Point：ハサップ)の考え方に基づいた自主衛生管理体制の整備を進めます。(事業者、県)

2. 生活衛生の確保対策

(1) 現状

○ 生活衛生営業施設（理容所、美容所、興行場、旅館、公衆浴場、クリーニング所等）に対する監視指導や衛生管理に関する講習会などを行い、施設における衛生確保を図っています。

○ 動物愛護教室などの普及啓発活動、飼い主への終生飼養の指導などの引取りを減らす取組や譲渡事業等により、犬・猫の殺処分数は減少傾向にあります。

(2) 課題

○ 生活衛生営業施設における衛生確保を図るため、引き続き、監視指導や衛生管理に関する講習会などに取り組む必要があります。

○ 犬・猫の殺処分数は減少傾向にありますが、将来的に殺処分がなくなることをめざし、取組を強化する必要があります。

(3) めざす姿

○ 生活衛生営業施設の衛生が確保され、県民が安心して暮らせる環境が整っています。

○ 動物愛護について地域全体で取り組むことで、人と動物が安全・快適に共生できる社会が実現しています。

(4) 取組方向

取組方向１：生活衛生営業施設に対する監視指導の徹底
取組方向２：生活衛生営業施設の自主的な衛生管理の推進
取組方向３：動物愛護の推進および動物による人への危害発生防止の徹底

(5) 取組内容

取組方向１：生活衛生営業施設に対する監視指導の徹底

○ 生活衛生営業施設の衛生を確保するため、保健所による監視指導を行います。（保健所設置市、県）

取組方向２：生活衛生営業施設の自主的な衛生管理の推進

○ 公益財団法人三重県生活衛生営業指導センターなどの関係団体と連携して、衛生管理に関する講習会などを行うことで、生活衛生営業施設の自主的な衛生管理の推進を図るとともに、生活衛生関係営業の経営の健全化をとおして、衛生水準の維持向上を図ります。（営業者、関係団体、県）

取組方向３：動物愛護の推進および動物による人への危害発生防止の徹底

○ 三重県動物愛護推進センター「あすまいる」を動物愛護管理の拠点と位置づけ、「第２次三重県動物愛護管理推進計画」に基づき、動物愛護教室などの普及啓発活動、飼い主への終生飼養の指導などの引取り数を減らす取組や譲渡事業等を行います。（事業者、関係団体、市町、関係機関、県）

○ 公益社団法人三重県獣医師会、公益財団法人三重県動物管理事務所などの関係団体や市町と連携し、狂犬病をはじめとした人と動物の共通感染症や動物による人への危害の発生防止に向けた普及啓発を行います。（関係団体、市町、関係機関、県）

第１０章　医療計画の推進体制

第１節｜医療計画の周知と情報の公表

1.　医療計画の周知

○ 県民の皆さんが医療に対し、より一層の信頼と安心を実感でき、患者本位の良質かつ適切な医療が効率的に提供される体制の構築をめざして、県、市町、医療関係団体、医療機関、県民、関係機関等が、医療計画の基本方針とめざす姿を理解し、互いに協力してその実現に向けて取り組んでいく必要があります。

○ このため、県は、県の広報紙やホームページ等さまざまな媒体を通じて、また、県民の皆さんとの対話の場等あらゆる機会を活用して、その内容の周知を図ります。

○ また、市町、医療機関および医療関係団体においても、住民や関係者に対して、計画に基づき取り組む内容の周知を図り、相互に情報を共有して計画の円滑な推進に努めるものとします。

2.　情報の公表

○ 県は、計画の推進にあたり、具体的な取組内容や取組の進捗状況、目標の達成状況等について、適切に公表を行います。

○ 市町、医療機関および医療関係団体においても、住民や関係者に対して、医療計画に基づく取組の内容、進捗状況等について、積極的に公表を行うよう努めるものとします。

第２節｜医療圏等の推進体制

○ 医療計画の推進にあたっては、県全体の医療提供体制の構築はもとより、一次および二次医療圏や構想区域等においても、それぞれ関係する主体が計画の推進に適切に関与し、各圏域における医療提供体制の充実をめざします。

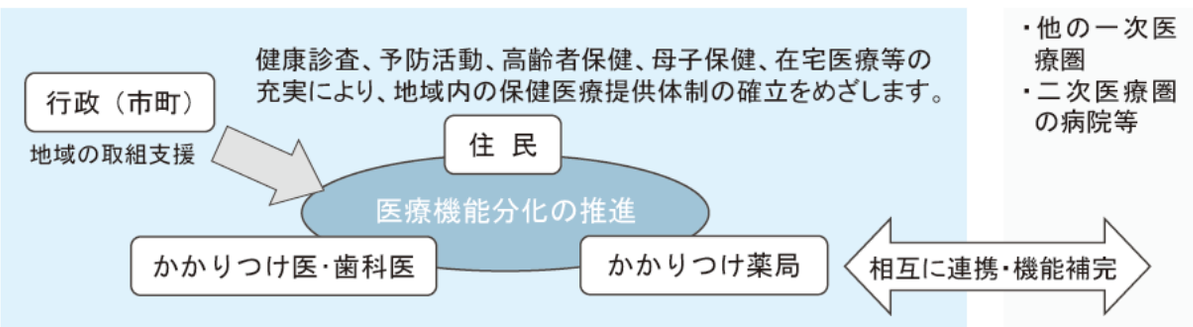
1.　一次医療圏における推進体制

○ 市町を単位とする一次医療圏では、県民、市町、地域の医療機関および郡市医師会等の医療関係団体が、医療提供体制を構築する主体となります。

○ 一次医療圏において、県民は、自らの健康管理を適切に行っていくとともに、かかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局を持ち、健康相談や軽度の病気、けがの治療、薬の処方等を受けるなど、医療提供体制が円滑に機能していくための適切な受療行動がとれるように努めます。

○ 市町は、それぞれの保健福祉等に係る計画に基づき、住民の健康診査や予防活動等を行うとともに、郡市医師会等とも協力しながら、初期救急や在宅医療等、市町における医療提供体制の充実をめざします。
○ 地域の診療所や薬局は、住民のかかりつけ医・歯科医、かかりつけ薬局としての役割を担うとともに、相互に、また病院等の高次の医療機関とも連携して、地域における医療提供体制の円滑な運営を支援します。
○ こうした各主体の取組、連携によって、医療計画における、疾病の予防、初期救急、在宅医療等における医療機関の機能分化と連携の推進を図ります。

図表 10-2-1 一次医療圏における推進体制のイメージ



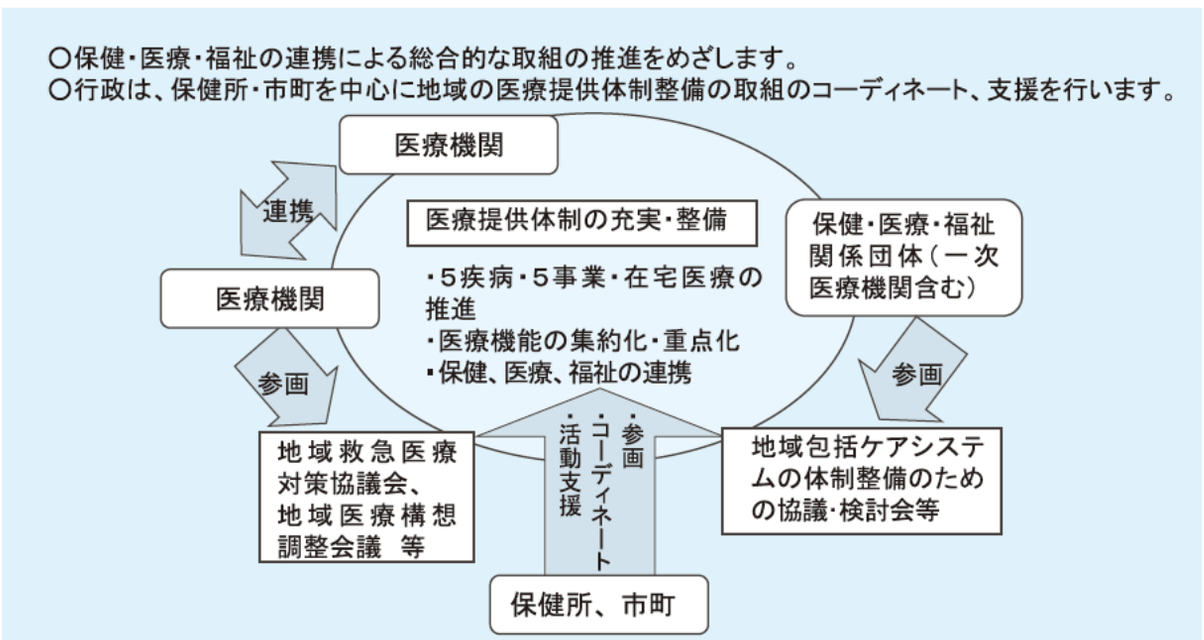
2. 構想区域等における推進体制

○ 構想区域は、「三重県地域医療構想」に基づき、病床機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療等の医療提供体制について整備を進める圏域です。県内８区域の地域医療構想調整会議において議論を行いながら、各医療機関が、それぞれの役割・機能に応じた医療を提供し、相互に連携して、地域における効率的かつ質の高い医療提供体制の構築を進めます。特に、地域包括ケアシステムの構築に欠かせない在宅医療に関しては、医療と介護・福祉が連携しながら、市町内だけではなく、隣接する市町等とも連携することで、人材や施設の不足を補う必要があります。
○ また、医療計画における５疾病・５事業および在宅医療については、それぞれの特性や医療資源の現状に応じた提供体制を構築する必要があり、各疾病・事業ごとの圏域を基本にして、医療機関が機能を分担しながら連携し、二次救急輪番制の確立等、医療提供体制の構築に向けた取組を推進します。
○ 計画の推進にあたっては、県と市町が連携して取り組むとともに、県および市の保健所が中心となって、医療機関や医療関係団体の連携を促進します。

図表 10-2-2 保健所の体制

- 本県には、平成 29（2017）年４月現在、桑名市、鈴鹿市、津市、伊賀市、松阪市、伊勢市、尾鷲市、熊野市に各１か所の県保健所が、さらに保健所政令市である四日市市に１か所、計９か所の保健所が設置されています。
- 保健所は、「地域保健法」に基づき設置されている公衆衛生に係る唯一の専門機関であり、地域保健における広域的、専門的かつ技術的拠点施設です。
- 保健所では、県民の健康を守り、快適な生活環境や安心できる保健医療体制を確保するため、疾病の予防、健康増進、食品衛生、環境衛生等幅広い分野にわたる業務を行っており、医療計画に基づく事業の推進にあたって、重要な役割を担っています。

図表 10-2-3 5疾病・5事業および在宅医療における推進体制のイメージ



3. 二次医療圏における推進体制

○ 二次医療圏は、特殊な医療や専門性の高い救急医療を除いて、県民が必要とする入院に係る医療提供体制の整備をめざす圏域であり、医療機関がそれぞれの役割・機能を果たしながら、相互に緊密に連携することが求められます。

○ 医療機関においても、医療資源を効果的に活用していくため、医療機能の集約化・重点化を進める必要があります。

4. 三次医療圏（県内全域）における推進体制

○ 三次医療圏においては、県内全域を対象として、特殊な医療や専門性の高い救急医療の提供を含め、医療計画に基づく医療提供体制の整備を総合的に推進します。

○ このため、三重県医療審議会および三重県医療審議会の各部会等を中心に、医療計画全体の調整、進行管理、数値目標の達成状況や取組内容の検証等を行います。

図表 10-2-4 三重県医療審議会の体制

- 三重県医療審議会は、医療法に基づき県が設置する附属機関です。
- 三重県医療審議会では、医療従事者、医療を受ける立場の方、学識経験のある方の代表から選任された委員が、知事の諮問に応じて、本県の医療提供体制の確保に関する重要事項の審議を行うとともに、医療計画の具体的な推進を図ります。
- 三重県医療審議会には、病床整備に関する事項を審議する「病床整備等検討部会」、救急医療体制の整備に関する事項を審議する「救急医療部会」、災害医療体制の整備に関する事項を審議する「災害医療対策部会」、医師の確保や医療機関の連携・機能分化等に関する事項を審議する「地域医療対策部会」、周産期医療体制の整備に関する事項を審議する「周産期医療部会」等の部会が設置され、必要に応じて、それぞれの専門的観点からの審議を行っています。

○ 「みえ県民力ビジョン」をはじめ、その他健康福祉に係る計画の所管部署との情報共有を図り、連携して取組を進めていくことにより、総合的な取組を推進します。

図表 10-2-5 医療計画に関連する主な計画

・「みえ県民力ビジョン」（平成 24 年４月～平成 34 年３月）
長期的な視点から三重のあるべき姿を展望し、県政運営の基本姿勢や政策展開の方向性を示した県の戦略計画

・「三重県がん対策推進計画（第４期三重県がん対策戦略プラン）」（平成 30 年４月～平成 36 年３月）
「がん対策基本法」に基づく県のがん対策推進計画で、国の計画を基本に、避けられるがんを防ぐことや、さまざまながんの病態に応じて、適切ながん医療や支援を受けられることをめざして、それぞれの段階に応じた、総合的かつ計画的ながん対策を推進することを目的に策定

・「三重の健康づくり基本計画（ヘルシーピープルみえ・21）」（平成 25 年４月～平成 35 年３月）
「健康増進法」に基づく県の健康増進計画として、国の健康増進計画「健康日本 21（第２次）」をふまえるとともに、「三重県健康づくり推進条例」の規定に基づく基本計画として、健康づくりの推進に関する施策を総合的かつ計画的に推進するために策定

・「第３次三重県自殺対策行動計画」（平成 30 年４月～平成 36 年３月）
「自殺対策基本法」および「自殺総合対策大綱」に基づき、本県の状況に応じた施策を総合的かつ計画的に推進するための基本的方向や重点を置くべき取組等を示すものとして策定

・**「三重県アルコール健康障害対策推進計画」**　（平成 29 年４月～平成 34 年３月）

「アルコール健康障害対策基本法」に基づき、アルコール健康障害に対する理解やアルコール健康障害を有する者等に対する支援が進み、県民が適切にお酒とつきあいながら、健やかに生活できる社会の実現をめざし策定

・**「みえ高齢者元気・かがやきプラン（第７期三重県介護保険事業支援計画・第８次三重県高齢者福祉計画）」**　（平成 30 年４月～平成 33 年３月）

「介護保険法」に基づく「三重県介護保険事業支援計画」と、「老人福祉法」に基づく「三重県高齢者福祉計画」を一体とした計画として策定

・**「みえ障がい者共生社会づくりプラン（三重県障害者計画・三重県障害福祉計画・三重県障害児福祉計画）」**　（平成 30 年４月～平成 33 年３月）

「障害者基本法」に基づく「障害者計画」、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（障害者総合支援法）に基づく「障害福祉計画」および「障害児福祉計画」を一体とした計画として策定

・**「健やか親子いきいきプランみえ（第２次）」**　（平成 27 年４月～平成 37 年３月）

親と子およびその家族が、県内のどの地域においても切れ目のない一定の水準以上の母子保健サービスが受けられるなど、安心して子どもを産み、育てられ、子どもが健やかに育つ三重県を実現するための母子保健計画として策定

・**「第２次みえ歯と口腔の健康づくり基本計画」**　（平成 30 年４月～平成 34 年３月）

「歯科口腔保健の推進に関する法律」および「みえ歯と口腔の健康づくり条例」に基づき、歯と口腔の健康づくり対策を総合的かつ計画的に推進するために策定

・**「第三期三重県医療費適正化計画」**　（平成 30 年４月～平成 36 年３月）

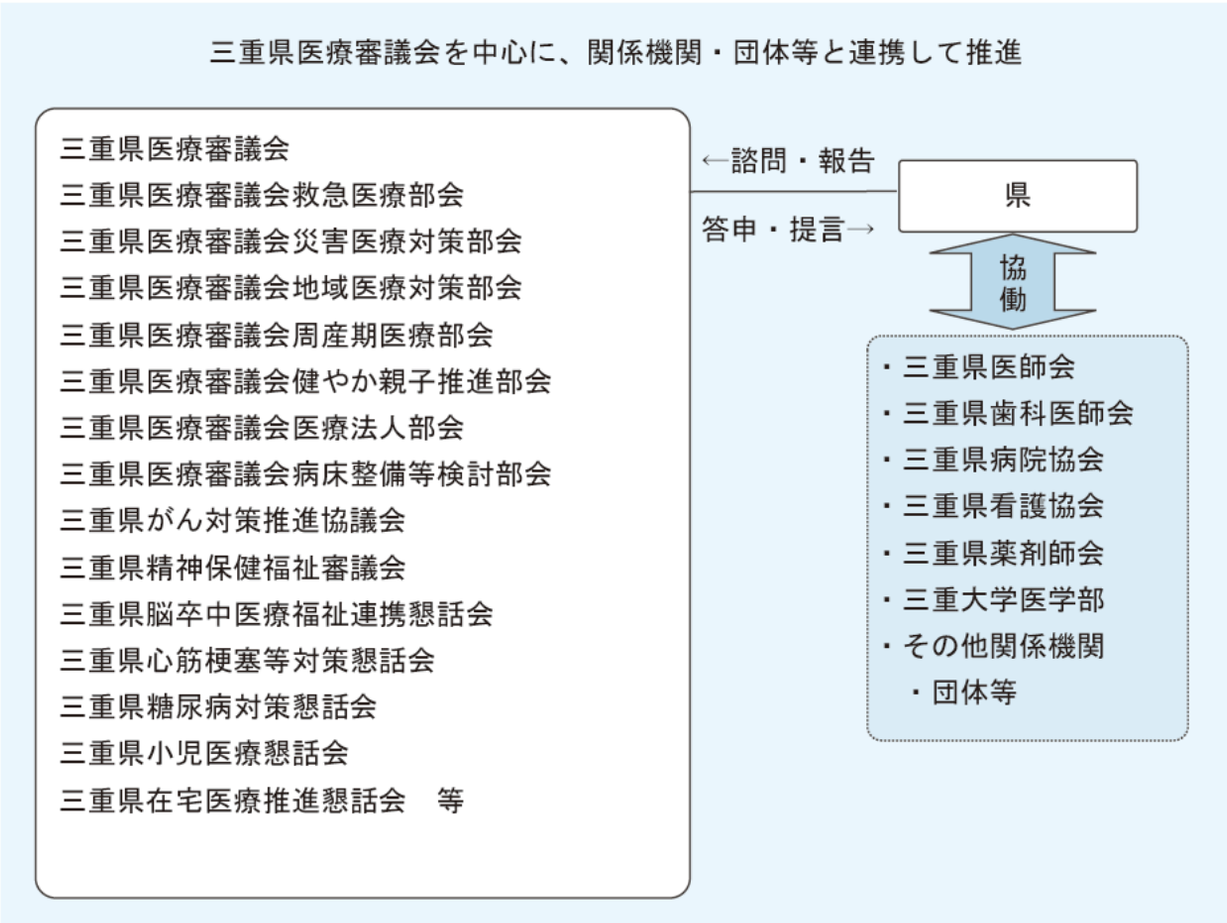
医療費適正化を推進することによる計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項を定めるために策定

・**「医療介護総合確保促進法に基づく三重県計画」**

「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」に基づき、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設・設備整備、在宅医療の提供、公的介護施設等の整備、医療・介護従事者の確保に関する事業等の計画として毎年度策定

○ 県医師会、県歯科医師会、県病院協会、県看護協会および県薬剤師会等の医療関係団体、三重大学医学部、その他県内全域を対象として活動する関係機関・団体とも連携を図り、計画の推進にあたります。

図表 10-2-6 三次医療圏（県内全域）における推進体制のイメージ



第３節｜数値目標の進行管理と計画の評価・検討

1. 数値目標

○ 医療計画の基本方針を実現していくために、５疾病・５事業および在宅医療対策に係る数値目標を定め、毎年度、目標に対する取組の進捗状況を確認・検証して、医療計画の着実な推進をめざします。

図表 10-3-1 医療計画における数値目標（５疾病・５事業および在宅医療）

疾病・事業	目標項目	現状値	目標値
がん	がんによる年齢調整死亡率（75 歳未満）	69.0 （▲9.3%）	全国平均よりも ▲10%以上
	がん検診受診率	胃がん 9.8%	50%以上
		肺がん 23.0%	
		大腸がん 30.0%	
		子宮頸がん 54.2%	
		乳がん 37.8%	
	がん検診後の精密検査受診率	胃がん 69.2%	90%以上
		肺がん 65.3%	
		大腸がん 62.4%	
		子宮頸がん 63.1%	
		乳がん 79.7%	

脳卒中	脳血管疾患による年齢調整死亡率		男性　34.7 女性　19.8	男性　29.0以下 女性　16.0以下
	特定健康診査受診率		53.0%	70%以上
	特定保健指導実施率		17.5%	45%以上
	受入困難事例の割合		30分以上　3.8% 4回以上　2.3%	30分以上　3.3% 4回以上　2.0%
	脳梗塞に対するｔ－ＰＡによる脳血栓溶解療法を24時間実施可能とする圏域		7圏域	8圏域
	他の医療機関等と連携のための協議を行う病院数		53施設	69施設
心筋梗塞等の心血管疾患	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率		男性　20.6 女性　7.6	男性　15.5以下 女性　5.7以下
	特定健康診査受診率		53.0%	70%以上
	特定保健指導実施率		17.5%	45%以上
	受入困難事例の割合		30分以上　3.8% 4回以上　2.3%	30分以上　3.3% 4回以上　2.0%
	心血管疾患リハビリテーションの実施病院における心臓リハビリテーション指導士の配置率		56.3%	100%
糖尿病	特定健康診査受診率		53.0%	70%以上
	特定保健指導実施率		17.5%	45%以上
	糖尿病の可能性を否定できない人（ＨｂＡ１ｃ（ＮＧＳＰ値）6.0%以上6.5%未満）の割合	40～49歳	男性　4.3% 女性　2.0%	男性　3.9%以下 女性　1.8%以下
		50～59歳	男性　8.2% 女性　6.3%	男性　7.4%以下 女性　5.7%以下
		60～69歳	男性　13.8% 女性　12.1%	男性　12.4%以下 女性　10.9%以下
	糖尿病が強く疑われる人（ＨｂＡ１ｃ（ＮＧＳＰ値）6.5%以上）の割合	40～49歳	男性　5.2% 女性　1.4%	現状値より減少
		50～59歳	男性　10.7% 女性　3.9%	
		60～69歳	男性　12.6% 女性　6.8%	
	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数		206人 （人口10万人あたり11.1人）	新規導入数の低減
精神疾患	入院後３か月、６か月、１年時点での退院率	３か月時点	58.9%	69.0%（平成32年度） 69.0%（平成35年度）
		６か月時点	81.9%	84.0%（平成32年度） 84.0%（平成35年度）
		１年時点	87.6%	92.0%（平成32年度） 92.0%（平成35年度）
	退院後３か月、６か月、１年時点での再入院率	３か月時点	24.0%	23.0%（平成32年度） 20.0%（平成35年度）
		６か月時点	34.0%	30.0%（平成32年度） 29.0%（平成35年度）
		１年時点	45.0%	37.0%（平成32年度） 34.0%（平成35年度）
	精神病床における慢性期入院患者数	65歳以上	1,526人	1,207人（平成32年度） 1,020人（平成35年度）
		65歳未満	1,221人	1,066人（平成32年度） 875人（平成35年度）
	各障害保健福祉圏域および各市町における精神障害にも対応した地域包括ケアシステム協議の場設置数		障害保健福祉圏域 ：０圏域	障害保健福祉圏域 ：９圏域
			市町：０市町	市町：29市町 （共同設置含む）
救急医療	救急医療情報システム参加医療機関数		651機関	747機関
	受入れ困難事例の割合		30分以上　3.8% 4回以上　2.3%	30分以上　3.3% 4回以上　2.0%
	救急搬送患者のうち、傷病程度が軽症であった人の割合		54.1%	50.0%以下
	救急救命士が同乗している救急車の割合		96.6%	100%

災害医療	病院の耐震化率	71.1% (69／97)	100% (97／97)
	病院および有床診療所のＥＭＩＳ参加割合	53.5% (100／187)	100% (187／187)
	県内全ての病院に、病院のＢＣＰの考え方に基づいた災害医療マニュアルの策定と訓練の参加	7.2% (7／97)	100% (97／97)
へき地医療	へき地診療所等からの代診医派遣依頼応需率	100%	100%
	へき地診療所に勤務する常勤医師数	16 人	16 人
	三重県地域医療研修センター研修医受入数(累計数)	259 人	469 人
周産期医療	妊産婦死亡率	7.5（１人）	0.0（０人）
	周産期死亡率	5.7（47 位）	3.0
	うち死産率（22 週以後）	5.0（47 位）	2.4
	うち早期新生児死亡率	0.6（17 位）	0.6
	産科・産婦人科医師数（出産１万あたり）	121 人 (実数 163 人)	129 人以上 (実数 180 人以上)
	病院勤務小児科医師数（小児人口１万人あたり）	5.3 人 (実数 128 人)	6.6 人以上 (実数 159 人以上)
	就業助産師数（人口 10 万人あたり） ※三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」	23.2 人 ※ (実数 420 人)	28.2 人以上 (実数 510 人以上)
小児救急を含む小児医療	幼児死亡率（幼児人口千人あたり）	0.11	0.08 未満
	軽症乳幼児の救急搬送率（乳幼児の急病による救急搬送のうち軽症患者の割合）	75.4%	70.0%未満
	小児傷病者救急搬送時の現場滞在時間（30 分以上） ※（ ）内は重症以上で搬送された件数	175 件 (0 件)	90 件以下 (0 件)
	小児の訪問診療実施医療機関数	9 施設	20 施設
	小児科医師数（人口 10 万人あたり）	11.5 人 (実数 208 人)	13.3 人以上 (実数 241 人以上)
在宅医療	訪問診療を実施する病院・診療所数	447 施設	504 施設(平成 32 年度) 561 施設(平成 35 年度)
	訪問診療件数	7,519 件／月	8,473 件／月 (平成 32 年度) 9,427 件／月 (平成 35 年度)
	24 時間体制の訪問看護ステーション従事者数のうち、看護師・准看護師数	344 人	441 人（平成 32 年度） 538 人（平成 35 年度）
	訪問看護提供件数	84,696 件／年	100,195 件／年 (平成 32 年度) 115,694 件／年 (平成 35 年度)
	在宅療養支援歯科診療所またはかかりつけ歯科医機能強化型診療所の届出をしている歯科診療所数	165 施設	192 施設(平成 32 年度) 219 施設(平成 35 年度)
	居宅療養管理指導を算定している薬局数	272 施設	500 施設(平成 32 年度) 729 施設(平成 35 年度)
	退院時共同指導件数	230 件／年	450 件／年 (平成 32 年度) 670 件／年 (平成 35 年度)
	在宅看取りを実施している病院・診療所数	155 施設	174 施設(平成 32 年度) 195 施設(平成 35 年度)

2. 数値目標の進行管理と計画の評価

○ 数値目標については、医療計画の実施期間である６年間の取組の目標としていますが、計画の初年度から最終年度に至るまで、ＰＤＣＡ（計画・実行・評価・改善）のサイクルに基づき、毎年度定期的に達成状況の確認・評価を行います。また、取組の進捗状況や結果についても、毎年度定期的に確認・評価を行います。

○ 評価にあたっては、数値目標の達成状況に加え、数値目標に係る他県の状況や全国のすう

勢も含めて分析を行うとともに、「みえ県民力ビジョン」および他の関連する計画への影響や貢献度についても考慮するなど、総合的に評価を行います。

3. 評価結果の検討

○ 県は、毎年度、数値目標や取組の進捗状況、評価結果を三重県医療審議会および三重県医療審議会の各部会等に報告し、その意見をふまえて、次年度以降の取組について検討を行います。

○ また、目標の達成状況をふまえ、必要に応じて取組内容や実施方法の見直しを行うとともに、医療を取り巻く環境の変化や医療制度改革等により、取組の方向性を修正・変更する必要が生じた場合には、数値目標についても見直しを行うなど、三重県医療審議会等に諮りながら、適切な進行管理を行います。

○ 計画の最終年度において、数値目標の未達成および全国平均を大きく下回るような状況が生じている場合には、その要因について詳細に分析して、取組の抜本的な見直しを行い、次期医療計画に反映します。

4. 評価・検討結果の公表

○ 県は、医療計画の数値目標の達成状況や評価・検討結果について、県のホームページ等を活用して県民の皆さんおよび関係機関に対して公表します。また、関係機関においても、その取組結果の評価と検討を行い、県および関係者に対して報告、公表するように努めるものとします。

第１節｜疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針別表の指標

1．がん

がん医療に関連する指標一覧
【区分について】
S：ストラクチャー指標　（医療サービスを提供する物質資源、人的資本および組織体力を測る指標）
P：プロセス指標　（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）
0：アウトカム指標　（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）

※「-」データ不明もしくは指標の対象外

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典（年次）	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
予防・早期発見	S	禁煙外来を行っている医療機関数（病院）		厚生労働省（H26）*1、総務省（H26）*2、三重県（H26）*3	か所	2,410	20	4	1	2	6	0	4	3	0
					人口10万人あたり（か所）	1.9	1.1	1.8	0.3	0.8	2.1	0.0	1.8	1.3	0.0
		禁煙外来を行っている医療機関数（診療所）		厚生労働省（H26）*1、総務省（H26）*2、三重県（H26）*3	か所	12,692	216	14	38	29	35	17	37	35	11
					人口10万人あたり（か所）	10.0	11.9	6.4	10.2	11.7	12.5	9.9	16.6	14.9	15.0
	P	がん検診受診率（胃がん）	●	厚生労働省（H26）*4	%	9.3	9.8			10.4		11.3		8.0	6.9
		がん検診受診率（肺がん）	●	厚生労働省（H26）*4	%	16.1	23.0			14.8		33.0		28.6	18.0
		がん検診受診率（大腸がん）	●	厚生労働省（H26）*4	%	19.2	30.0			28.8		30.6		33.9	19.3
		がん検診受診率（子宮頸がん）	●	厚生労働省（H26）*4	%	32.0	54.2			53.3		58.6		53.9	37.8
		がん検診受診率（乳がん）	●	厚生労働省（H26）*4	%	26.1	37.8			42.9		37.8		23.0	4.9
	P	喫煙率（男性）		厚生労働省（H28）*5	%	31.1	29.6	-	-	-	-	-	-	-	-
		喫煙率（女性）		厚生労働省（H28）*5	%	9.5	6.9	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	ニコチン依存症管理料を算定する患者数（診療報酬ごと）※初回算定		厚生労働省（H27）*7 総務省*8	件	222,825	3,505			1,572		885		918	130
					人口10万人あたり（件）	173.8	188.4			184.6		191.8		195.0	170.0
	P	ハイリスク飲酒者の割合（男性）		厚生労働省（H28）*6 三重県*9	%	14.6	12.4	-	-	-	-	-	-	-	-
		ハイリスク飲酒者の割合（女性）		厚生労働省（H28）*6 三重県*9	%	9.1	7.1	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	運動習慣のある者の割合（男性）		厚生労働省（H28）*6 三重県*9	%	35.1	38.7	-	-	-	-	-	-	-	-
		運動習慣のある者の割合（女性）		厚生労働省（H28）*6 三重県*9	%	27.4	30.9	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	野菜の摂取量（男性）		厚生労働省（H28）*6	g	284.2	268.7	-	-	-	-	-	-	-	-
		野菜の摂取量（女性）		厚生労働省（H28）*6	g	270.0	239.8	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	果物の摂取量（男性）		厚生労働省（H28）*6、三重県（H28）*10	g	89.8	86.2	-	-	-	-	-	-	-	-
		果物の摂取量（女性）		厚生労働省（H28）*6、三重県（H28）*10	g	110.3	105.9	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	食塩摂取量（男性）		厚生労働省（H28）*6	g	10.8	10.7	-	-	-	-	-	-	-	-
		食塩摂取量（女性）		厚生労働省（H28）*6	g	9.2	9.0	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	公費肝炎検査実施数（B型肝炎）		厚生労働省（H26）*11 総務省（H26）*12	件	331,700	2,308	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり（件）	258.3	123.5	-	-	-	-	-	-	-	-

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
予防・早期発見	P	公費肝炎検査実施数(C型肝炎)		厚生労働省(H26)*11 総務省(H26)*12	件	321,307	2,307	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(件)	250.2	123.4	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	公費肝炎治療開始者数(インターフェロン治療受給者証交付枚数)		厚生労働省(H26)*13 総務省*12	件	17,411	237	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(件)	13.6	12.7	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	公費肝炎治療開始者数(インターフェロンフリー治療受給者証交付枚数)		厚生労働省(H26)*13 総務省*12	件	19,883	540	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(件)	15.5	28.9	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	公費肝炎治療開始者数(核酸アナログ製剤治療受給者証交付枚数)		厚生労働省(H26)*13 総務省*12	件	62,404	850	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(件)	48.6	45.5	-	-	-	-	-	-	-	-
	O	年齢調整罹患率(男性)	●	国立がん研究センター(H29)*14	人口10万人あたり(人)	436.1	405.5	-	-	-	-	-	-	-	-
		年齢調整罹患率(女性)	●	国立がん研究センター(H29)*14	人口10万人あたり(人)	307.8	286.1	-	-	-	-	-	-	-	-
	O	罹患者数(男性)		国立がん研究センター(H29)*14	人	498,720	7,078	-	-	-	-	-	-	-	-
	O	罹患者数(女性)		国立がん研究センター(H29)*14	人	363,732	4,969	-	-	-	-	-	-	-	-
	O	早期がん発見率		国立がん研究センター(H29)*14	%	45.6	45.6	-	-	-	-	-	-	-	-
治療	S	がん診療連携拠点病院数	●	厚生労働省(H29)*15	か所	400	4	1			1			2	0
	S	認定看護師が配置されている拠点病院の割合		厚生労働省(H28)*16	%	-	100	100			100			100	-
	S	専門薬剤師が配置されている拠点病院の割合		厚生労働省(H28)*16	%	-	50.0	0			100			50.0	-
	S	認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合		厚生労働省(H28)*16	%	-	100	100			100			100	-
	S	放射線治療専門医が配置されている拠点病院の割合		厚生労働省(H28)*16	%	-	100	100			100			100	-
	S	薬物治療専門医が配置されている拠点病院の割合		厚生労働省(H28)*16	%	-	75.0	100			100			50.0	-
	S	リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合		厚生労働省(H28)*16	%	-	25.0	0			0			50.0	-
	S	地域がん診療病院数	●	厚生労働省(H29)*15	か所	34	0	0			0			0	0
	S	がんリハビリテーション実施医療機関数		厚生労働省(H28)*17 総務省(H28)*18	か所	1,523	23	9			9			5	0
					人口10万人あたり(か所)	1.2	1.2	1.1			2.0			1.1	0.0
	P	診療ガイドラインに基づく治療実施割合(胃がん・pStageⅡ～Ⅲ 胃癌へのS1術後化学療法(術後6週間以内の退院例))		国立がん研究センター(H28)*19	%	67.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		診療ガイドラインに基づく治療実施割合(肺がん・cStageⅠ～Ⅱ 非小細胞肺癌への手術切除または定位放射線治療の施行)		国立がん研究センター(H28)*19	%	87.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		診療ガイドラインに基づく治療実施割合(肺がん・pStageⅡ～ⅢA非小細胞肺癌への術後化学療法(プラチナ製剤を含む))		国立がん研究センター(H28)*19	%	44.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		診療ガイドラインに基づく治療実施割合(大腸がん・pStageⅢ の大腸癌への術後化学療法(8 週以内))		国立がん研究センター(H28)*19	%	47.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		診療ガイドラインに基づく治療実施割合(乳がん・70 歳以下の乳房温存術後の放射線療法(術後180日以内))		国立がん研究センター(H28)*19	%	72.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
治療	P	診療ガイドラインに基づく治療実施割合(乳がん・乳房切除後・再発ハイリスク(T3 以上 N0 を除く、または 4 個以上リンパ節転移)への放射線療法)		国立がん研究センター(H28)*19	%	33.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数		厚生労働省(H27)*7、総務省(H27)*8	件	12,699,482	181,065	63,783			56,773		55,862		4,647
					人口 10 万人あたり(件)	9,904	9,734	7,490			12,305		11,869		6,078
	P	外来化学療法の実施件数(病院)		厚生労働省(H26)*1、総務省(H27)*8	件	217,577	2,803	695			820		1,081		207
					人口 10 万人あたり(件)	169.7	150.7	81.6			177.7		229.7		270.8
	P	放射線治療の実施件数(体外照射)		厚生労働省(H26)*1、総務省(H27)*8	件	222,334	3,430	1,192			1,077		1,039		122
					人口 10 万人あたり(件)	173.4	184.4	140.0			233.4		220.7		159.6
	P	悪性腫瘍手術の実施件数(病院)		厚生労働省(H26)*1、総務省(H27)*8	件	56,143	666	242			205		208		11
					人口 10 万人あたり(件)	43.8	35.8	28.4			44.4		44.2		14.4
	P	術中迅速病理組織標本の作製件数		厚生労働省(H27)*7、総務省(H27)*8	件	148,935	2,173	557			823		793		0
					人口 10 万人あたり(件)	116.1	116.8	65.4			178.4		168.5		0
	P	病理組織標本の作製件数		厚生労働省(H27)*7、総務省(H27)*8	件	1,810,288	22,291	8,417			6,486		6,944		444
					人口 10 万人あたり(件)	1,412	1,198	988			1,406		1,475		581
	P	がんリハビリテーションの実施件数		厚生労働省(H27)*7、総務省(H27)*8	件	213,467	2,784	1,189			766		829		-
					人口 10 万人あたり(件)	166.5	149.7	139.6			166.0		176.1		-
	P	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数		厚生労働省(H27)*7、総務省(H27)*8	件	14,178	23	-			-		23		-
					人口 10 万人あたり(件)	11.1	1.2	-			-		4.9		-
	P	地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数		厚生労働省(H27)*7、総務省(H27)*8	件	93,511	455	63			126		242		24
					人口 10 万人あたり(件)	72.9	24.5	7.4			27.3		51.4		31.4
	O	がん患者の年齢調整死亡率(75 歳未満)	●	国立がん研究センター(H28)*20	人口 10 万人あたり(人)	76.1	69.0	-	-	-	-	-	-	-	-
	O	拠点病院で治療を受けたがん患者の5年生存率		がん研究振興財団(H28)*21	%	65.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
療養支援 治療・	O	がん患者の死亡者数		厚生労働省(H28)*22	人	372,986	5,219	-	-	-	-	-	-	-	-
療養支援	S	末期がんの患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	●	厚生労働省(H28)*17、総務省(H28)*18	か所	12,842	137	68			34		27		8
					人口 10 万人あたり(か所)	10.0	7.4	8.0			7.4		5.7		10.5
	S	麻薬小売業免許取得薬局数		厚生労働省(H26)*23、総務省(H27)*8	か所	44,937	613	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口 10 万人あたり(か所)	35.0	33.0	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	相談支援センターを設置している医療機関数		厚生労働省(H28)*16	か所	-	16	7			3		5		1
	S	緩和ケア病棟を有する病院数		厚生労働省(H26)*1、総務省(H27)*8	か所	366	6	1			1		4		0
					人口 10 万人あたり(か所)	0.3	0.3	0.1			0.2		0.8		0.0

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
療養支援	S	緩和ケア病棟を有する病院の病床数		厚生労働省(H26)*1、総務省(H27)*8	床	6,997	129			25		20		84	0
					人口10万人あたり(床)	5.5	6.9			2.9		4.3		17.8	0.0
	S	緩和ケアチームのある医療機関数		厚生労働省(H26)*1、総務省(H27)*8	か所	992	17			7		5		4	1
					人口10万人あたり(か所)	0.8	0.9			0.8		1.1		0.8	1.3
	S	外来緩和ケア実施医療機関数		厚生労働省(H28)*16、総務省(H28)*18	か所	−	13			5		3		5	0
					人口10万人あたり(か所)	−	0.7			0.6		0.7		1.1	0
	P	がん患者指導の実施件数	●	厚生労働省(H27)*7、総務省(H27)*8	件	230,653	1,387			549		212		615	11
					人口10万人あたり(件)	179.9	74.6			64.5		45.9		130.7	14.4
	P	入院緩和ケアの実施件数	●	厚生労働省(H27)*7、総務省(H27)*8	件	63,385	164			−		164		−	−
					人口10万人あたり(件)	49.4	8.8			−		35.5		−	−
	P	外来緩和ケアの実施件数	●	厚生労働省(H27)*7、総務省(H27)*8	件	8,359	95			−		95		−	−
					人口10万人あたり(件)	6.5	5.1			−		20.6		−	−
	P	がん性疼痛緩和の実施件数	●	厚生労働省(H27)*7、総務省(H27)*8	件	346,256	4,068			1,609		1,302		999	158
					人口10万人あたり(件)	270.0	218.7			188.9		282.2		212.3	206.7
	P	在宅がん医療総合診療料の算定件数		厚生労働省(H27)*7、総務省(H27)*8	件	26,211	38			10		0		13	15
					人口10万人あたり(件)	20.4	2.0			1.2		0.0		2.8	19.6
	O	がん患者の在宅死亡割合		厚生労働省(H28)*22	%	14.3	16.5	−	−	−	−	−	−	−	−

*1　平成26年 医療施設調査(個票解析)　実施件数は9月中の数値
*2　人口推計(平成26年10月1日現在)
*3　月別人口調査(平成26年10月1日現在)
*4　平成26年 地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)
*5　平成28年 国民生活基礎調査(回答が「不詳」であるものを除き算出)
*6　平成28年 国民健康・栄養調査
*7　NDB(平成27年4月から平成28年3月まで)
*8　住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成27年1月1日現在)
*9　平成28年度　三重県県民健康意識調査
*10　平成28年　三重県県民健康・栄養調査
*11　特定感染症検査等事業、健康増進事業
*12　住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成26年1月1日現在)
*13　肝炎対策特別促進事業(平成26年度)
*14　全国がん罹患モニタリング集計　2013年 罹患数・率報告
*15　がん診療連携拠点病院指定一覧表(平成29年4月1日)
*16　がん診療連携拠点病院等現況報告書等(平成28年度)
*17　診療報酬施設基準(平成28年3月31日現在)
*18　住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成28年1月1日現在)
*19　都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会QI研究　2012年症例解析結果報告書
*20　平成28年　国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」
*21　がんの統計'16
*22　平成28年 人口動態調査
*23　麻薬・覚せい剤行政の概況(平成26年12月31日現在)

2．脳卒中

脳卒中医療に関連する指標一覧
【区分について】
S：ストラクチャー指標　　（医療サービスを提供する物質資源、人的資本および組織体力を測る指標）
P：プロセス指標　　（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）
0：アウトカム指標　　（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）

※「-」データ不明もしくは指標の対象外

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
予防	S	禁煙外来を行っている医療機関数(病院)[再掲]		厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	2,410	20	4	1	2	6	0	4	3	0
					人口10万人あたり(か所)	1.9	1.1	1.8	0.3	0.8	2.1	0.0	1.8	1.3	0.0
		禁煙外来を行っている医療機関数(診療所)[再掲]		厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	12,692	216	14	38	29	35	17	37	35	11
					人口10万人あたり(か所)	10.0	11.9	6.4	10.2	11.7	12.5	9.9	16.6	14.9	15.0
	P	喫煙率(男性)[再掲]		厚生労働省(H28)*4	%	31.1	29.6	-	-	-	-	-	-	-	-
		喫煙率(女性)[再掲]		厚生労働省(H28)*4	%	9.5	6.9	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)※初回算定[再掲]		厚生労働省(H27)*5、総務省(H27)*6	件	222,825	3,505			1,572		885		918	130
					人口10万人あたり(件)	173.8	188.4			184.6		191.8		195.0	170.0
	P	ハイリスク飲酒者の割合(男性)[再掲]		厚生労働省(H28)*4	%	14.6	12.4	-	-	-	-	-	-	-	-
		ハイリスク飲酒者の割合(女性)[再掲]		厚生労働省(H28)*4	%	9.1	7.1	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	健康診断の受診率		厚生労働省(H28)*4	%	68.3	69.9	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		厚生労働省(H26)*7*8	人口10万人あたり(人)	262.2	314.0	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率		厚生労働省(H26)*7*8	人口10万人あたり(人)	67.5	77.9	-	-	-	-	-	-	-	-
	0	脳血管疾患により救急搬送された患者数	●	総務省(H29)*9*10、三重県(H28)*11*12	人	278,738	2,387	199	328	348	459	243	321	363	126
					人口10万人あたり(人)	219.6	132.1	91.4	87.1	141.2	164.7	144.7	147.0	156.7	179.3
救護	P	脳血管疾患により救急搬送された患者数[再掲]	●	総務省(H29)*9*10、三重県(H28)*11*12	人	278,738	2,387	199	328	348	459	243	321	363	126
					人口10万人あたり(人)	219.6	132.1	91.4	87.1	141.2	164.7	144.7	147.0	156.7	179.3
	0	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	●	総務省(H29)*9	分	39.3	38.9	-	-	-	-	-	-	-	-
	0	脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率		三重県(H28)*11	%	-	6.0	11.6	4.6	5.7	2.0	8.6	7.8	1.4	19.8
急性期	S	神経内科医師数		厚生労働省(H28)*13、総務省(H28)*10、三重県(H28)*14	人	4,922	81	1	15	13	27	2	12	11	0
					人口10万人あたり(人)	3.9	4.5	0.5	4.0	5.3	9.7	1.2	5.5	4.7	0.0
	S	脳神経外科医師数		厚生労働省(H28)*13、総務省(H28)*10、三重県(H28)*14	人	7,360	92	9	15	11	25	5	15	9	3
					人口10万人あたり(人)	5.8	4.6	4.1	4.0	4.5	9.0	3.0	6.9	3.9	2.6
	S	脳卒中の専門病室を有する病院数		厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	131	4	1	0	1	0	0	1	1	0
					人口100万人あたり(か所)	1.0	2.0	4.6	0.0	4.0	0.0	0.0	4.5	4.3	0.0
	S	脳卒中の専門病室の病床数		厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	床	926	23	3	0	6	0	0	8	6	0
					人口100万人あたり(床)	7.3	12.6	13.8	0.0	24.2	0.0	0.0	35.9	25.5	0.0

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
急性期	S	脳梗塞に対するt－PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数		厚生労働省(H28)*15、総務省(H28)*16	か所	794	10	1	2	2	2	0	2	1	0
					人口10万人あたり(か所)	0.6	0.5	0.5	0.5	0.8	0.7	0.0	0.9	0.4	0.0
	P	脳梗塞に対するt－PAによる血栓溶解療法の実施件数 ※	●	厚生労働省(H27)*5、総務省(H28)*16	件	13,197	186	13	20	18	17	－	17	90	－
					人口10万人あたり(件)	10.3	10.1	5.9	5.3	7.2	6.0	－	7.6	37.3	－
	P	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数 ※		厚生労働省(H27)*5、総務省(H28)*16	件	11,588	156	－	20	13	16	－	22	77	－
					人口10万人あたり(件)	9.0	8.4	－	5.3	5.2	5.7	－	9.8	32.0	－
	P	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数 ※		厚生労働省(H27)*5、総務省(H28)*16	件	9,828	137	－	29	14	21	－	17	31	－
					人口10万人あたり(件)	7.7	7.4	－	7.6	5.6	7.4	－	7.6	12.9	－
	P	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数		厚生労働省(H27)*5、総務省(H28)*16	件	4,207	65			31		15		19	－
					人口10万人あたり(件)	3.3	3.5			3.6		3.3		4.1	－
急性期・回復期	P	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数 ※		厚生労働省(H27)*5、総務省(H28)*16	件	505,322	5,743	499	478	769	1,159	956	918	463	486
					人口千人あたり(件)	3.9	3.1	2.3	1.3	3.1	4.1	5.5	4.1	1.9	6.5
	O	退院患者平均在院日数		厚生労働省(H26)*7	日	89.1	67.7	27.8	78.5	35.4	118.6	39.8	55.9	35.0	70.6
急性期・回復期・慢性期	S	リハビリテーションが実施可能な医療機関数		厚生労働省(H27)*15、総務省(H28)*16	か所	7,501	107	13	15	16	25	8	13	12	5
					人口10万人あたり(か所)	5.9	5.8	5.9	4.0	6.4	8.8	4.6	5.8	5.0	6.7
	P	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 ※		厚生労働省(H27)*5、総務省(H28)*16	件	2,427,838	31,647	5,273	7,587	2,697	7,282	1,935	3,391	2,377	1,087
					人口千人あたり(件)	19.0	17.1	23.9	20.0	10.8	25.7	11.0	15.1	9.9	14.5
	P	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数		厚生労働省(H27)*5、総務省(H28)*16	件	53,790	776	65	242	26	36	－	116	291	－
					人口10万人あたり(件)	42.0	41.9	29.4	63.8	10.4	12.7	－	51.6	120.7	－
	O	在宅等生活の場に復帰した患者の割合		厚生労働省(H26)*7	%	52.7	58.2	57.7	59.2	71.1	67.9	53.5	45.2	50.1	38.1
全期間	O	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率(男性)		厚生労働省(H28)*17、三重県(H28)*18	人口10万人あたり(人)	36.2	34.7	－	－	－	－	－	－	－	－
		脳血管疾患患者の年齢調整死亡率(女性)		厚生労働省(H28)*17、三重県(H28)*18	人口10万人あたり(人)	20.0	19.8	－	－	－	－	－	－	－	－

※NDB 利用ルールにより秘匿値を含むため、三重県全体の数値と各地域の合計は一致しません。

*1　平成 26 年 医療施設調査(個票解析)
*2　人口推計(平成 26 年 10 月1日現在)
*3　月別人口調査(平成 26 年 10 月1日現在)
*4　平成 28 年 国民生活基礎調査
*5　NDB(平成 27 年4月から平成 28 年3月まで)
*6　住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成 27 年1月1日現在)
*7　平成 26 年 患者調査(個票解析)
*8　昭和 60 年モデル人口
*9　平成 29 年版 救急・救助の現況
*10　人口推計(平成 28 年 10 月1日現在)
*11　「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」(実施基準)が適用された傷病者の搬送に関するデータ(平成 28 年1月～12 月)
*12　月別人口調査(平成 28 年 10 月1日現在)
*13　平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査
*14　月別人口調査(平成 28 年 10 月1日現在)
*15　診療報酬施設基準(平成 28 年3月 31 日現在)
*16　住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成 28 年1月1日現在)
*17　平成 28 年 人口動態調査
*18　平成 28 年 三重県の人口動態

3．心筋梗塞等の心血管疾患

心筋梗塞等の心血管疾患医療に関連する指標一覧
【区分について】
S：ストラクチャー指標　　（医療サービスを提供する物質資源、人的資本および組織体力を測る指標）
P：プロセス指標　　（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）
O：アウトカム指標　　（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）

※「-」データ不明もしくは指標の対象外

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
予防	S	禁煙外来を行っている医療機関数(病院)[再掲]		厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	2,410	20	4	1	2	6	0	4	3	0
					人口10万人あたり(か所)	1.9	1.1	1.8	0.3	0.8	2.1	0.0	1.8	1.3	0.0
		禁煙外来を行っている医療機関数(診療所)[再掲]		厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	12,692	216	14	38	29	35	17	37	35	11
					人口10万人あたり(か所)	10.0	11.9	6.4	10.2	11.7	12.5	9.9	16.6	14.9	15.0
	P	喫煙率(男性)[再掲]		厚生労働省(H28)*4	%	31.1	29.6	-	-	-	-	-	-	-	-
		喫煙率(女性)[再掲]		厚生労働省(H28)*4	%	9.5	6.9	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(診療報酬ごと)		厚生労働省(H27)*5、総務省(H27)*6	件	520,837	7,854	3,479			2,089		2,022		264
					人口10万人あたり(件)	406.2	422.2	408.5			452.8		429.6		435.3
	P	健康診断の受診率[再掲]		厚生労働省(H28)*4	%	68.3	69.9	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		厚生労働省(H26)*7*8	人口10万人あたり(人)	262.2	314.0	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率		厚生労働省(H26)*7*8	人口10万人あたり(人)	67.5	77.9	-	-	-	-	-	-	-	-
	O	虚血性心疾患により救急搬送された患者数	●	厚生労働省(H26)*7、総務省(H26)*2	0.1千人	6.9	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-
救護	P				人口10万人あたり(人)	0.5	0.6	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	心疾患により救急搬送された患者数		総務省(H29)*9*10、三重県(H28)*11*12	人	309,401	1,429	143	191	182	314	141	182	225	51
					人口10万人あたり(人)	243.8	79.1	65.7	50.7	73.8	112.7	83.9	83.4	97.1	72.6
	P	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数		総務省(H29)*9*10	件	1,968	29	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(件)	1.6	1.6	-	-	-	-	-	-	-	-
	O	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間[再掲]	●	総務省(H29)*9	分	39.3	38.9	-	-	-	-	-	-	-	-
	O	虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
急性期	S	循環器内科医師数		厚生労働省(H28)*13、総務省(H28)*11、三重県(H28)*12	人	22,674	317	40	64	43	67	21	43	35	4
					人口10万人あたり(人)	17.9	17.5	18.4	17	17.4	24	12.5	19.7	15.1	5.7
	S	心臓血管外科医師数		厚生労働省(H28)*13、総務省(H28)*11、三重県(H28)*12	人	3,590	46	5	8	1	15	3	6	8	0
					人口10万人あたり(人)	2.8	2.5	2.3	2.1	0.4	5.4	1.8	2.7	3.5	0
	S	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数		厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	323	9	2			1		6		0
					人口10万人あたり(か所)	0.3	0.5	0.2			0.2		1.3		0.0
	S	心臓内科系集中治療室(CCU)の病床数		厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	床	1,759	35	11			3		21		0
					人口10万人あたり(床)	1.4	1.9	1.3			0.6		4.4		0.0

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
急性期	S	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数		厚生労働省(H27)*5、総務省(H27)*6	か所	386	-			-		3		3	0
					人口 10 万人あたり(か所)	0.3	-			-		0.7		0.6	0.0
	P	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数		厚生労働省(H27)*5、総務省(H27)*6	人	219,623	3,823			1,294		1,178		1,284	67
					人口 10 万人あたり(人)	171.3	205.5			151.9		255.3		272.8	87.6
	P	来院後 90 分以内の冠動脈再開通達成率	●	厚生労働省(H27)*5	%	64.5	68.9			67.5		80.0		63.7	64.7
	P	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数		厚生労働省(H27)*5、総務省(H27)*6	件	16,507	250			99		66		85	-
					人口 10 万人あたり(件)	12.9	13.4			11.6		14.3		18.1	-
急性期・回復期	P	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数		厚生労働省(H27)*5、総務省(H27)*6	件	373,095	3,188	176	328	289	809	249	719	618	-
					人口 10 万人あたり(件)	291.0	171.4	79.6	86.5	115.1	284.2	140.9	317.1	253.3	-
	O	退院患者平均在院日数	●	厚生労働省(H26)*7	日	8.3	4.5			4.0		6.0		4.1	2.6
急性期・回復期・慢性期・再発予防	S	心血管リハビリテーションが実施可能な医療機関数		厚生労働省(H28)*14、総務省(H28)*15	か所	1,145	14	1	3	1	4	1	3	1	0
					人口 10 万人あたり(か所)	0.9	0.8	0.5	0.8	0.4	1.4	0.6	1.3	0.4	0.0
	P	虚血性心疾患における地域連携計画作成等の実施件数		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
回復期・慢性期・再発予防	P	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数※		厚生労働省(H27)*5、総務省(H27)*6	件	175,691	3,039	273	87	213	1,164	1,046	255	-	-
					人口 10 万人あたり(件)	137.0	163.4	123.4	22.9	84.8	409.0	591.8	112.5	-	-
	O	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	●	厚生労働省(H26)*7	%	93.9	94.9			94.3		93.9		96.2	100.0
全期間	O	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(男性)	●	厚生労働省(H27)*16	人口 10 万人あたり(人)	31.3	31.8	-	-	-	-	-	-	-	-
		虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(女性)	●	厚生労働省(H27)*16	人口 10 万人あたり(人)	11.8	12.4	-	-	-	-	-	-	-	-

※NDB 利用ルールにより秘匿値を含むため、三重県全体の数値と各地域の合計は一致しません。

*1 平成 26 年 医療施設調査(個票解析)
*2 人口推計(平成 26 年 10 月1日現在)
*3 月別人口調査(平成 26 年 10 月1日現在)
*4 平成 28 年 国民生活基礎調査
*5 NDB(平成 27 年4月から平成 28 年3月まで)
*6 住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成 27 年1月1日現在)
*7 平成 26 年 患者調査
*8 昭和 60 年モデル人口
*9 平成 29 年版 救急・救助の現況
*10 人口推計(平成 28 年 10 月1日現在)
*11 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」(実施基準)が適用された傷病者の搬送に関するデータ(平成 28 年1月～12 月)
*12 月別人口調査(平成 28 年 10 月1日現在)
*13 平成 28 年 医師・歯科医師・薬剤師調査
*14 診療報酬施設基準(平成 28 年3月 31 日現在)
*15 住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成 28 年1月1日現在)
*16 平成 27 年 都道府県別年齢調整死亡率

4．糖尿病

糖尿病医療に関連する指標一覧
【区分について】
S：ストラクチャー指標　　（医療サービスを提供する物質資源、人的資本および組織体力を測る指標）
P：プロセス指標　　（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）
0：アウトカム指標　　（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）

※「-」データ不明もしくは指標の対象外

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
予防	S	特定健診受診率	●	厚生労働省(H27)*1	%	50.1	53.0	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	特定保健指導実施率		厚生労働省(H27)*1	%	17.5	17.5	-	-	-	-	-	-	-	-
	O	糖尿病予備群の者※の数(男性)		厚生労働省(H28)*2	%	12.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		糖尿病予備群の者※の数(女性)		厚生労働省(H28)*2	%	12.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	O	糖尿病が強く疑われる者の数(男性)		厚生労働省(H28)*2	%	16.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		糖尿病が強く疑われる者の数(女性)		厚生労働省(H28)*2	%	9.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
初期・安定期	S	糖尿病内科(代謝内科)医師数		厚生労働省(H28)*3、総務省(H28)*4、三重県(H28)*5	人	4,889	43	1	7	2	21	0	2	10	0
					人口10万人あたり(人)	3.9	2.4	0.5	1.9	0.8	7.5	0.0	0.9	4.3	0.0
	S	糖尿病内科(代謝内科)標榜医療機関数(病院)		厚生労働省(H26)*6、総務省(H26)*7、三重県(H26)*8	か所	1,149	6	2	1	1	1	0	0	1	0
					人口10万人あたり(か所)	9.0	3.3	9.2	2.7	4.0	3.6	0.0	0.0	4.3	0.0
	S	糖尿病内科(代謝内科)標榜医療機関数(診療所)		厚生労働省(H26)*6、総務省(H26)*7、三重県(H26)*8	か所	402	4	1	1	0	2	0	0	0	0
					人口10万人あたり(か所)	0.3	0.2	0.5	0.3	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0
	P	糖尿病患者の年齢調整受療率		厚生労働省(H26)*9*10	人口10万人あたり(人)	106.9	161.2	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	HbA1c検査の実施件数		厚生労働省(H27)*11、総務省*12	件	75,279,672	1,065,751	109,560	198,326	130,102	173,405	105,766	154,201	143,486	50,905
					人口千人あたり(件)	588	576	496	523	520	613	604	686	595	679
	P	医療機関・健診で糖尿病と言われた人のうち、治療を受けている人の割合		厚生労働省(H28)*2	%	64.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	尿中アルブミン(定量)検査の実施件数		厚生労働省(H27)*11、総務省(H28)*12	件	1,993,026	21,798	10,748		7,422			3,566		62
					人口千人あたり(件)	15.6	11.8	12.6		16.2			7.7		0.8
	P	クレアチニン検査の実施件数		厚生労働省(H27)*11、総務省(H28)*12	件	56,887,044	819,103	330,564		206,075			242,314		40,150
					人口千人あたり(件)	444	443	389		450			520		535
	P	精密眼底検査の実施件数		厚生労働省(H27)*11、総務省(H28)*12	件	11,132,323	188,619	78,528		47,057			53,709		9,325
					人口千人あたり(件)	87	102	92		103			115		124
	P	血糖自己測定の実施件数		厚生労働省(H27)*11、総務省(H28)*12	件	8,142,601	113,351	11,886	18,806	11,981	23,456	8,967	13,645	19,462	5,129
					人口千人あたり(件)	63.6	61.3	53.8	49.6	47.9	82.9	51.2	60.7	80.8	68.4
	P	内服薬の処方件数		厚生労働省(H27)*11、総務省(H28)*12	件	58,017,463	922,871	94,463	177,224	115,667	138,290	88,731	120,383	141,930	46,183
					人口千人あたり(件)	453	499	427	467	462	489	506	535	589	616
	P	外来栄養食事指導料の実施件数		厚生労働省(H27)*11、総務省(H28)*12	件	1,749,389	24,844	1,458	5,096	2,626	7,548	815	1,766	4,603	932
					人口千人あたり(件)	13.7	13.4	6.6	13.4	10.5	26.7	4.7	7.9	19.1	12.4

※「糖尿病の可能性を否定できない人」

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
初期・安定期、合併症予防を含む専門治療	O	新規人工透析導入患者数	●	厚生労働省(H27)*13、総務省(H28)*14	件	16,072	206	－	－	－	－	－	－	－	－
					人口10万人あたり(件)	12.5	11.1	－	－	－	－	－	－	－	－
合併症予防を含む専門治療	S	教育入院を行う医療機関数		三重県(H29)*15*16	か所	－	55	8	8	7	10	4	8	7	3
					人口10万人あたり(か所)	－	3.6	2.1	2.8	3.5	2.3	3.6	2.9	4.1	3.6
	S	糖尿病専門医数		日本糖尿病学会(H29)*17、総務省(H29)*18、三重県(H29)*19	人	5,509	44	3	8	4	17	1	3	7	1
					人口10万人あたり(人)	4.3	2.4	1.4	2.1	1.6	6.1	0.6	1.4	3.1	1.4
	S	腎臓専門医数		厚生労働省(H28)*3、総務省(H28)*4、三重県(H28)*5	人	3,988	30	3	8	4	5	3	4	3	0
					人口10万人あたり(人)	3.1	1.7	1.4	2.1	1.6	1.8	1.8	1.8	1.3	0.0
	S	糖尿病登録医		日本糖尿病学会(H29)*17、総務省*18、三重県(H29)*19	人	1,395	12	－	－	－	－	－	－	－	－
					人口10万人あたり(人)	1.1	0.7	－	－	－	－	－	－	－	－
	S	療養指導医		日本糖尿病学会(H29)*17、総務省*18、三重県(H29)*19	人	2,840	26	－	－	－	－	－	－	－	－
					人口10万人あたり(人)	2.2	1.4	－	－	－	－	－	－	－	－
	S	糖尿病療養指導士数		日本糖尿病療養指導士認定機構(H29)*20、総務省(H29)*18、三重県(H29)*19	人	19,399	267	25	49	27	48	16	38	59	5
					人口10万人あたり(人)	15.3	14.8	11.5	13.0	11.0	17.3	9.6	17.5	25.7	7.2
	S	糖尿病看護認定看護師数		日本看護協会ホームページ(H29)*21、総務省(H29)*18、三重県(H29)*19	人	863	11	0	5	0	3	0	1	2	0
					人口10万人あたり(人)	0.7	0.6	0.0	1.3	0.0	1.1	0.0	0.5	0.9	0.0
	P	糖尿病透析予防指導の実施件数		厚生労働省(H27)*11、総務省(H28)*12	件	121,656	1,232	234	147	70	439	－	57	154	131
					人口10万人あたり(件)	95.0	66.6	105.8	38.7	28.0	155.1	－	25.3	63.9	174.7
	P	在宅インスリン治療件数		厚生労働省(H27)*11、総務省(H28)*12	件	9,293,543	133,665	12,070	25,404	15,545	24,392	11,544	14,870	23,487	6,353
					人口千人あたり(件)	72.6	72.3	54.6	67.0	62.1	86.2	65.9	66.1	97.5	84.7
	O	低血糖患者数		厚生労働省(H27)*11、総務省(H28)*12	件	495,636	6,961	2,362			1,770			1,688	1,141
					人口10万人あたり(件)	387	376	278			386			362	1,522
	O	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡患者数		厚生労働省(H27)*11、総務省(H28)*12	件	194,501	2,050	751			557			593	149
					人口10万人あたり(件)	152	111	88			122			127	199
合併症治療	S	糖尿病腎症の管理が可能な医療機関数		厚生労働省(H27)*22、総務省(H28)*12	か所	1,572	22	3	3	2	4	2	4	3	1
					人口10万人あたり(か所)	1.2	1.2	1.4	0.8	0.8	1.4	1.1	1.8	1.2	1.3
	S	糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数		三重県(H29)*15、総務省(H29)*16	か所	－	50	9	10	6	10	2	5	6	2
					人口10万人あたり(か所)	－	2.7	4.1	2.6	2.4	3.5	1.2	2.2	2.5	2.7
	S	糖尿病網膜症の手術が可能な医療機関数		三重県(H29)*15、総務省(H29)*16	か所	－	26	3	6	1	3	2	6	3	2
					人口10万人あたり(か所)	－	1.4	1.4	1.6	0.4	1.1	1.2	2.7	1.3	2.7

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
合併症治療	S	歯周病専門医数		厚生労働省(H28)*3、総務省(H28)*4、三重県(H28)*5	人	1,181	9	1	1	0	2	0	1	3	1
					人口10万人あたり(人)	0.9	0.5	0.5	0.3	0.0	0.7	0.0	0.5	1.3	1.4
	S	糖尿病登録歯科医師数		日本糖尿病協会(H29)*23、総務省(H29)*16	人	3,274	6	−	−	−	−	−	−	−	−
					人口10万人あたり(人)	2.6	0.3	−	−	−	−	−	−	−	−
	P	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数	●	厚生労働省(H26)*24、総務省(H27)*25	件	266,472	6,250	526	1,026	507	2,285	190	596	639	440
					人口10万人あたり(件)	208	336	238	271	202	803	107	263	262	576
	P	糖尿病足病変に対する管理	●	厚生労働省(H27)*11、総務省(H28)*12	件	221,698	2,832	315	687	153	688	−	181	758	38
					人口10万人あたり(件)	173.1	153.1	142.5	181.1	61.1	243.1	−	80.5	314.5	50.7
	P	糖尿病網膜症手術数	●	厚生労働省(H26)*24、総務省(H27)*25	件	50,940	557	31	125	54	81	34	74	99	19
					人口10万人あたり(件)	39.7	29.9	14.0	33.0	21.5	28.5	19.2	32.6	40.6	24.9
	O	糖尿病患者の年齢調整死亡率(男性)		厚生労働省(H28)*26、三重県(H28)*27	人口10万人あたり(人)	5.4	5.3	−	−	−	−	−	−	−	−
		糖尿病患者の年齢調整死亡率(女性)		厚生労働省(H28)*26、三重県(H28)*27	人口10万人あたり(人)	2.4	2.4	−	−	−	−	−	−	−	−

*1 特定健康診査・特定保健指導・メタボリックシンドロームに関するデータ(平成27年度)
*2 平成28年 国民健康・栄養調査
*3 平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査
*4 人口推計(平成28年10月1日現在)
*5 月別人口調査(平成28年10月1日現在)
*6 平成26年 医療施設調査
*7 人口推計(平成26年10月1日現在)
*8 月別人口調査(平成26年10月1日現在)
*9 平成26年 患者調査
*10 昭和60年モデル人口
*11 NDB(平成27年4月から平成28年3月まで)
*12 住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成28年1月1日現在)
*13 我が国の慢性透析療法の現況(平成27年)
*14 住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成27年1月1日現在)
*15 三重県調査
*16 住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成29年1月1日現在)
*17 日本糖尿病学会ホームページ(平成29年6月15日現在)
*18 人口推計(平成29年6月1日現在)
*19 月別人口調査(平成29年6月1日現在)
*20 日本糖尿病療養指導士認定機構(平成28年6月28日現在)
*21 日本看護協会ホームページ(平成29年8月現在)
*22 診療報酬施設基準(平成28年3月31日現在)
*23 日本糖尿病協会ホームページ「糖尿病登録歯科医師の認定状況」(平成29年6月現在)
*24 NDB(平成26年4月から平成27年3月まで)
*25 住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成27年1月1日現在)
*26 平成28年 人口動態調査
*27 平成28年 三重県の人口動態

5．精神疾患

精神疾患医療に関連する指標一覧
【区分について】
S：ストラクチャー指標　　（医療サービスを提供する物質資源、人的資本および組織体力を測る指標）
P：プロセス指標　　（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）
0：アウトカム指標　　（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）

※「-」データ不明もしくは指標の対象外

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較								
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
高次脳機能障害	S	高次脳機能障害支援拠点機関数	●	-	-	-	-			-	-			-	-
精神科救急	S	深夜・休日に初診後に精神科入院した病院数	●	-	-	-	-			-	-			-	-
	P	深夜・休日に初診後に精神科入院した患者数		-	-	-	-			-	-			-	-
	P	精神疾患の救急車平均搬送時間		-	-	-	-			-	-			-	-
身体合併	S	身体合併症を診療している精神病床を持つ病院数(精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)	●	国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	か所	1,002	12			7		0-2		0-2	0-2
					人口10万人あたり(か所)	0.8	0.6			0.8		-		-	-
	S	精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院数(精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)	●	国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	か所	686	9			4		3		0-2	0-2
					人口10万人あたり(か所)	0.5	0.5			0.5		0.7		-	-
	S	精神科リエゾンチームを持つ病院数	●	国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	か所	55	0-2			0-2		0-2		0-2	0-2
					人口100万人あたり(か所)	0.4	-			-		-		-	-
	P	精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数(精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)		国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	人	37,894	264			167		18		29	50
					人口10万人あたり(人)	29.6	14.2			19.6		3.9		6.2	65.4
	P	体制を持つ一般病院で受け入れた精神疾患の患者数(精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)		国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	人	3,324	50			0-9		30		14	0-9
					人口10万人あたり(人)	2.6	2.7			-		6.5		3.0	-
	P	精神科リエゾンチームを算定された患者数		国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	人	2,954	0-9			0-9		0-9		0-9	0-9
					人口10万人あたり(人)	23.0	-			-		-		-	-
自殺対策	S	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算をとる一般病院数	●	国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	か所	76	0-2			0-2		0-2		0-2	0-2
					人口100万人あたり(か所)	0.6	-			-		-		-	-
	S	救急患者精神科継続支援料をとる一般病院数	●	-	-	-	-			-	-			-	-
	P	救命救急入院で精神疾患診断治療初回加算を算定された患者数		国立精神・神経医療研究センター(H29)*1、総務省(H27)*2	人	169	0-9			0-9		0-9		0-9	0-9
					人口100万人あたり(人)	1.3	-			-		-		-	-
	P	救急患者精神科継続支援を受けた患者数		-	-	-	-			-	-			-	-
災害精神医療	S	DPAT先遣隊登録医療機関数	●	-	-	-	-			-	-			-	-
医療観察法	S	指定通院医療機関数(病院)	●	厚生労働省(H28)*3、総務省(H28)*4	か所	503	9			-		-		-	-
					人口10万人あたり(か所)	0.4	0.5			-		-		-	-
	S	指定通院医療機関数(診療所)	●	厚生労働省(H28)*3、総務省(H28)*4	か所	61	0			-		-		-	-
					人口100万人あたり(か所)	0.5	0.0			-		-		-	-

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
全般	○	精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	65.9	67.2			69.2		71.6		62.3	50.0
	○	精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	82.2	83.4			82.0		89.2		81.1	73.1
	○	精神病床における入院後 12 ヶ月時点の退院率	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	89.6	88.9			88.0		92.2		92.5	73.1
	○	精神病床における新規入院患者の平均在院日数		国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	日	127.9	134.0			132.8		116.2		160.7	146.6
	○	精神病床における退院後3ヶ月時点の再入院率(1 年未満入院患者)	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	20.2	17.6			13.0		20.5		23.8	18.8
	○	精神病床における退院後6ヶ月時点の再入院率(1 年未満入院患者)	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	28.0	28.5			26.1		31.3		31.0	25.0
	○	精神病床における退院後 12 ヶ月時点の再入院率(1 年未満入院患者)	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	36.1	41.4			38.3		39.8		50.0	50.0
	○	精神病床における退院後3ヶ月時点の再入院率(1 年以上入院患者)	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	36.5	47.1			60.6		26.3		40.0	50.0
	○	精神病床における退院後6ヶ月時点の再入院率(1 年以上入院患者)	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	39.8	52.9			66.7		26.3		40.0	83.3
	○	精神病床における退院後 12 ヶ月時点の再入院率(1 年以上入院患者)	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	%	42.9	57.4			69.7		36.8		40.0	83.3
	○	精神病床における急性期入院患者数(65 歳以上)-施設所在地	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	人	24,998	305			－		－		－	－
					人口 10 万人あたり(人)	19.7	16.7			－		－		－	－
	○	精神病床における急性期入院患者数(65 歳未満)-施設所在地	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	人	31,629	425			－		－		－	－
					人口 10 万人あたり(人)	24.9	23.3			－		－		－	－
	○	精神病床における回復期入院患者数(65 歳以上)-施設所在地	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	人	27,071	319			－		－		－	－
					人口 10 万人あたり(人)	21.3	17.5			－		－		－	－
	○	精神病床における回復期入院患者数(65 歳未満)-施設所在地	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	人	20,033	333			－		－		－	－
					人口 10 万人あたり(人)	15.8	18.2			－		－		－	－
	○	精神病床における慢性期入院患者数(65 歳以上)-施設所在地	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	人	106,171	1,477			－		－		－	－
					人口 10 万人あたり(人)	83.5	80.9			－		－		－	－
	○	精神病床における慢性期入院患者数(65 歳未満)-施設所在地	●	国立精神・神経医療研究センター(H26)*5	人	80,504	1,346			－		－		－	－
					人口 10 万人あたり(人)	63.3	73.8			－		－		－	－

*1　新精神保健福祉資料(平成 26 年2月から平成 27 年3月までのNDBデータ)
*2　住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成 27 年1月1日現在)
*3　精神科救急医療体制整備事業報告(平成 28 年9月 30 日)
*4　推計人口(平成 28 年 10 月1日)
*5　新精神保健福祉資料(平成 26 年度 精神保健福祉資料のデータ)

6．救急医療

救急医療に関連する指標一覧
【区分について】
S：ストラクチャー指標　　（医療サービスを提供する物質資源、人的資本および組織体力を測る指標）
P：プロセス指標　　（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）
0：アウトカム指標　　（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）

※「-」データ不明もしくは指標の対象外

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
救護	S	運用救急救命士（※救急救命士の数）		総務省(H29)*1(H29)*2	人	27,717	518	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(人)	21.7	28.1	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	住民の救急蘇生法の受講率[普通・上級講習]		総務省(H29)*1(H28)*3	人	1,398,331	19,710	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口1万人あたり(人)	109.2	106.5	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	救急車の運用数		総務省(H29)*1(H29)*2	台	6,271	118	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(台)	4.9	6.4	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	救急搬送人員数	●	総務省(H29)*1(H28)*3	人	5,621,218	85,491	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(人)	4,389.3	4,621.1	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	AEDの設置台数		三重県(H29)*4、総務省(H29)*2	台	316,174	5,240	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(台)	24.7	28.5	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	心肺機能停止傷病者(心肺停止患者)全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数[再掲]		総務省(H29)*1(H28)*5	件	1,968	29	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(件)	1.6	1.6	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	受入救急車搬送人員(※救命救急センターを設置する病院)		厚生労働省(H29)*6、総務省(H28)*3	件	1,412,446	22,420	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(件)	1,102.9	1,211.9	-	-	-	-	-	-	-	-
救護・救命医療	P	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間[再掲]	●	総務省(H29)*1	分	39.3	38.9	-	-	-	-	-	-	-	-
救護・救命医療・入院救急医療	P	受入困難事例の件数 ※搬送する病院が決定するまで要請開始から30分以上を要した割合(重症以上)	●	総務省(H29)*7、三重県*8	%	5.0	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	受入困難事例の件数 ※4医療機関以上に要請を行った割合(重症以上)	●	総務省(H29)*7、三重県*8	%	2.3	2.3	-	-	-	-	-	-	-	-
救命救急	S	救命救急センター数		厚生労働省(H29)*6、総務省(H28)*3	か所	284	4	0	2	0	1	0	0	1	0
					人口100万人あたり(か所)	2.2	2.2	0	5.3	0	3.5	0	0	4.2	0
	S	特定集中治療室のある医療機関数		三重県(H29)*9、総務省(H29)*2	か所	644	5	0	2	0	2	0	0	1	0
					人口100万人あたり(か所)	5.0	2.7	0	5.3	0	7.1	0	0	4.2	0
救命救急・入院救急医療	S	救急担当専任医師数		厚生労働省(H27)*10、総務省*11	人	2,980	34	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(人)	2.3	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	救急担当専任看護師数		厚生労働省(H27)*10、総務省*11	人	18,756	168	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(人)	14.8	9.3	-	-	-	-	-	-	-	-

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
入院救急医療	P	救命救急センター充実度評価Aの割合		厚生労働省(H29)*6	%	100	100	−	−	−	−	−	−	−	−
初期救急医療	S	初期救急医療施設数		三重県(H28)*12	休日夜間急患センター(か所)	−	15	1	1	1	3	2	3	3	1
					在宅当番医制参加医療機関(か所)	−	74	24	0	27	0	0	0	0	23
					救急告示による施設(か所)	−	25	5	7	4	2	0	2	4	1
	S	一般診療所の初期救急医療への参画率		厚生労働省(H26)*13	%	16.5	7.0	13.7	1.6	12.6	5.0	2.8	3.3	5.6	28
救命後の医療	S	転棟・転院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数		厚生労働省(H29)*6	か所	149	3	−	−	−	−	−	−	−	−
					人口100万人あたり(か所)	1.2	1.6	−	−	−	−	−	−	−	−
	P	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数		厚生労働省(H27)*14、総務省(H28)*3	件	8,812	147	10			105		32		−
					人口10万人あたり(件)	6.9	7.9	1.2			22.9		6.9		−
全期間	P	二次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数		都道府県(H28)*15	回	69	1	−	−	−	−	−	−	−	−
	O	一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された心原性の心肺機能停止傷病者の一ヶ月後の予後(生存率)	●	総務省(H29)*1	%	13.3	10.2	−	−	−	−	−	−	−	−
	O	一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された心原性の心肺機能停止傷病者の一ヶ月後の予後(社会復帰率)	●	総務省(H29)*1	%	8.7	5.7	−	−	−	−	−	−	−	−

*1　平成29年版 救急・救助の現況
*2　住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成29年1月1日現在)
*3　住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成28年1月1日現在)
*4　三重県調査(日本救急医療財団全国AEDマップ)
*5　推計人口(平成28年10月1日現在)
*6　救命救急センターの評価結果(平成29年度)
*7　消防白書(平成29年)
*8　三重県調査(「傷病者の搬送及び受入の実施に関する基準」の適用案件が対象)
*9　三重県調査(各地方厚生局「特定集中治療管理料届出受理機関名簿」)
*10　救命救急センターの評価結果(平成27年度)
*11　推計人口(平成27年10月1日現在)
*12　三重県調査(平成28年3月31日現在)
*13　平成26年医療施設調査(個票解析)
*14　NDB(平成27年4月から平成28年3月まで)
*15　都道府県調査(平成28年11月1日現在)

7．災害医療

災害医療に関連する指標一覧
【区分について】
S：ストラクチャー指標　　（医療サービスを提供する物質資源、人的資本および組織体力を測る指標）
P：プロセス指標　　（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）
0：アウトカム指標　　（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）

※「-」データ不明もしくは指標の対象外

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
災害時に拠点となる病院	S	災害拠点病院における業務継続計画の策定率	●	都道府県(H28)*1、三重県(H29)*2	%	38.5	40.0	0	100	0	100	0	0	50.0	100
	S	複数の災害時の通信手段の確保率		都道府県(H28)*1	%	82.7	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	S	多数傷病者に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合		都道府県(H28)*1	%	70.9	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	P	被災した状況を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合	●	三重県(H29)*3	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	P	基幹災害拠点病院における県下の災害関係医療従事者を対象とした研修の実施回数		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
災害時に拠点となる病院・災害時に拠点となる病院以外の病院	S	病院の耐震化率(災害拠点病院)		都道府県(H28)*4	%	87.6	93.3	100	100	100	100	100	100	100	50.0
	S	病院の耐震化率(災害拠点病院以外)		都道府県(H28)*4	%	71.5	67.1	56.2	76.9	81.8	76.2	25.0	85.7	57.1	0
	P	EMIS の操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	●	都道府県(H28)*1	%	98.2	100	100	100	100	100	100	100	100	100
災害時に拠点となる病院・災害時に拠点となる病院以外の病院・都道府県	S	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数	●	三重県(H29)*3	回	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数	●	三重県(H29)*3	回	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(消防、警察等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数	●	三重県(H29)*3	か所	-	5	1	1	0	1	1	0	1	0
		同回数		三重県(H29)*3	回	-	6	1	1	0	1	1	0	2	0
都道府県	S	医療活動相互応援態勢に関わる応援協定等を締結している都道府県数		三重県(H29)*5	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	DMAT、DPAT 等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*1　都道府県調査（平成 28 年 4 月 1 日現在）
*2　三重県調査（平成 29 年 11 月 1 日現在）
*3　三重県調査（平成 25～29 年度）
*4　都道府県調査（平成 28 年 9 月現在）
*5　三重県調査（平成 29 年 12 月 31 日現在）

8．へき地医療

へき地医療に関連する指標一覧
【区分について】
S：ストラクチャー指標　　（医療サービスを提供する物質資源、人的資本および組織体力を測る指標）
P：プロセス指標　　（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）
O：アウトカム指標　　（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）

※「-」データ不明もしくは指標の対象外

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
へき地診療	S	へき地における診療所数		厚生労働省(H28)*1、三重県(H29)*2	か所	1,083	27	0	0	0	2	2	4	10	9
	S	へき地における病床数		厚生労働省(H28)*1	床	1,483	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	S	へき地における歯科診療所数		厚生労働省(H28)*1	か所	55	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	S	過疎地域等特定診療所数		厚生労働省(H28)*1	か所	84	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	S	へき地診療所の医師数(常勤)		厚生労働省(H28)*1、三重県(H29)*2	人	655.8	16	-	-	-	-	-	-	-	-
		へき地診療所の医師数(非常勤)		厚生労働省(H28)*1	人	1,188.0	22.0	0	0	0	0	0	0	0	0
	S	へき地における医師以外の医療従事者数(歯科医師、常勤)		厚生労働省(H28)*1	人	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		へき地における医師以外の医療従事者数(歯科医師、非常勤)		厚生労働省(H28)*1	人	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	S	へき地における医師以外の医療従事者数(看護師、常勤)		厚生労働省(H28)*1	人	1,771.7	21.0	-	-	-	-	-	-	-	-
		へき地における医師以外の医療従事者数(看護師、非常勤)		厚生労働省(H28)*1	人	993.1	19	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	へき地における医師以外の医療従事者数(薬剤師、常勤)		厚生労働省(H28)*1	人	873	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		へき地における医師以外の医療従事者数(薬剤師、非常勤)		厚生労働省(H28)*1	人	351	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	P	へき地における診療・巡回診療の実施日数	●	厚生労働省(H28)*4	日	2,349.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	P	へき地における訪問診療(歯科を含む)の実施日数	●	厚生労働省(H28)*4	日	48,257	973	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	へき地における訪問看護の実施日数	●	厚生労働省(H28)*4	日	37,760.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	P	へき地保健指導所の保健活動日数	●	厚生労働省(H28)*4	日	5,951	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		へき地保健指導所の保健活動対象者数	●	厚生労働省(H28)*4	人	24,418	0	0	0	0	0	0	0	0	0
へき地支援医療	S	へき地医療拠点病院数		厚生労働省(H28)*4、三重県(H29)*3	か所	313	9	0	1	0	2	0	2	2	2
	S	へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数		厚生労働省(H28)*4	法人	138	3	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数	●	厚生労働省(H28)*4	回	5,236	18	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療日数	●	厚生労働省(H28)*4	日	3,999	18	-	-	-	-	-	-	-	-
		へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療延べ受診患者数	●	厚生労働省(H28)*4	人	26,170	110	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数	●	厚生労働省(H28)*4	回	15,661	143	-	-	-	-	-	-	-	-
		へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣延べ派遣日数	●	厚生労働省(H28)*4	日	13,278	143	-	-	-	-	-	-	-	-

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較								
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
へき地支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数	●	厚生労働省(H28)*4、三重県(H28)*5	回	4,222	23	-	3	-	4	-	7	9	0
		へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣延べ派遣日数	●	厚生労働省(H28)*4	日	4,146	50	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	遠隔医療等 ICT を活用した診療支援の実施状況	●	厚生労働省(H28)*4	か所	174	2	-	-	-	-	-	-	-	-
行政機関等の支援	S	へき地医療支援機構の数		厚生労働省(H28)*4	か所	40	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	へき地医療支援機構の専任・併任担当官数		厚生労働省(H28)*4	人	42	2	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	へき地医療に従事する地域枠医師数		厚生労働省(H28)*4	人	450	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	協議会の開催回数	●	厚生労働省(H28)*4	回	68	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	協議会等におけるへき地の医療従事者(医師、歯科医師、看護師、薬剤師等)確保の検討回数	●	厚生労働省(H28)*4	回	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*1　へき地医療現況調査（平成 28 年度）
*2　三重県調査（平成 30 年 1 月末現在）
*3　三重県調査（平成 29 年 6 月末現在）
*4　へき地保健医療対策事業の現状調べ（平成 28 年度）
*5　三重県調査（平成 28 年度）

9．周産期医療

周産期医療に関連する指標一覧
【区分について】
S：ストラクチャー指標　　（医療サービスを提供する物質資源、人的資本および組織体力を測る指標）
P：プロセス指標　　（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）
0：アウトカム指標　　（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）

※「-」データ不明もしくは指標の対象外

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
低リスク分娩	P	産後訪問指導実施数		厚生労働省(H28)*1、総務省(H29)*2	件	2,187,971	32,174	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口千人あたり(件)	17.1	17.5	-	-	-	-	-	-	-	-
低リスク分娩・地域周産期母子医療センター・総合周産期母子医療センター	S	産科・産婦人科・婦人科医師数 ※各科の合計		厚生労働省(H28)*3 *4、総務省(H28)*5、三重県(H28)*6	人	13,154	177	18	37	17	53	9	17	22	4
					人口10万人あたり(人)	10.4	9.8	8.3	9.8	6.9	19.0	5.4	7.8	9.5	5.7
					出産千あたり(人)	13.2	13.1	10.4	11.6	8.4	28.1	7.6	10.3	15.2	10.6
	S	産科・産婦人科医師数 ※各科の合計		厚生労働省(H28)*3 *4、総務省(H28)*5、三重県(H28)*6	人	11,349	163	16	35	15	51	8	16	19	3
					人口10万人あたり(人)	8.9	9.0	7.3	9.3	6.1	18.3	4.8	7.3	8.2	4.3
					出産千あたり(人)	11.6	12.1	9.3	11.0	7.4	27.1	6.8	9.7	13.1	7.9
	S	分娩を取扱う医師数(病院)		厚生労働省(H26)*7 *8、総務省(H26)*9、三重県(H26)*10	人	6,317.2	84.0			35.2		30.8		15.0	3.0
					人口10万人あたり(人)	5.0	4.6			4.2		6.8		3.3	4.1
					出産千あたり(人)	6.2	6.0			5.0		9.2		4.6	7.5
	S	分娩を取扱う医師数(診療所)		厚生労働省(H26)*7 *8、総務省(H26)*9、三重県(H26)*10	人	2,259.2	33.5			11.0		9.3		12.2	1.0
					人口10万人あたり(人)	1.8	1.8			1.3		2.1		2.7	1.4
					出産千あたり(人)	2.2	2.3			1.6		2.8		3.8	2.5
	S	日本周産期・新生児医学会新生児専門医数		日本周産期・新生児医学会(H30)*11、総務省(H28)*12、三重県(H28)*13	人	786	12	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(人)	0.62	0.67	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	日本周産期・新生児医学会母体・胎児専門医数		日本周産期・新生児医学会(H30)*11、総務省(H28)*12、三重県(H28)*13	人	925	10	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(人)	0.73	0.56	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	助産師数(就業助産師)		厚生労働省(H28)*14 *4、総務省(H28)*5 三重県(H28)*29	人	35,784	420	-	-	-	-	-	-	-	-
					人口10万人あたり(人)	28.2	23.2	-	-	-	-	-	-	-	-
					出産千あたり(人)	35.9	31.2	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	助産師数(病院)		厚生労働省(H26)＊7 *8、総務省(H26)*9、三重県(H26)*10	人	18,223.6	199.6	19.5	54.3	19.4	46	5.4	13	30	12
					人口10万人あたり(人)	14.3	11.0	8.9	14.6	7.8	16.4	3.1	5.8	12.8	16.3
					出産千あたり(人)	17.7	14.2	11.3	17.1	9.0	21.9	4.4	7.7	19.1	30.1
	S	助産師数(診療所)		厚生労働省(H26)＊7 *8、総務省(H26)*9、三重県(H26)*10	人	4,957.7	70.9	7.0	4.5	16.4	24.8	3.0	12.7	1.5	1.0
					人口10万人あたり(人)	3.9	3.9	3.2	1.2	6.6	8.8	1.7	5.7	0.6	1.4
					出産千あたり(人)	4.8	5.1	4.1	1.4	7.6	11.8	2.4	7.6	1.0	2.5

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
低リスク分娩・地域周産期母子医療センター・総合周産期母子医療センター	S	アドバンス助産師数		日本助産評価機構(H29)*15、総務省(H29)*2	人	2,614	13	−	−	−	−	−	−	−	−
					人口10万人あたり(人)	2.0	0.7	−	−	−	−	−	−	−	−
	S	新生児集中ケア認定看護師数		日本看護協会(H29)*16、総務省(H29)*2	人	372	5	−	−	−	−	−	−	−	−
					人口10万人あたり(人)	0.3	0.3	−	−	−	−	−	−	−	−
	S	分娩を取扱う医療機関の種別		−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
	P	分娩数		厚生労働省(H26)*17、三重県産婦人科医会(H28)*18、三重県助産師会(H28)*19	件	1,022,592	14,293	1,680	3,079	1,958	2,619	1,217	1,683	1,848	207
					人口10万人あたり(件)	806	791	772	818	794	940	725	771	798	295
	O	新生児死亡率	●	厚生労働省(H28)*4、三重県(H28)*20	出生千あたり(人)	0.9	0.9			0.9		0.7		1.3	0.0
	O	周産期死亡率	●	厚生労働省(H28)*4	出産千あたり(人)	3.6	5.7	5.3	7.0	6.0	6.5	5.2	5.6	3.5	0.0
	O	妊産婦死亡数(率)	●	厚生労働省(H28)*4	人	34	1	−	−	−	−	−	−	−	−
					出産10万あたり(人)	3.4	7.5	−	−	−	−	−	−	−	−
	O	妊産婦死亡原因(間接産科的死亡)		厚生労働省(H28)*4	人	7	1	−	−	−	−	−	−	−	−
地域周産期母子医療センター・総合周産期母子医療センター	S	NICUを有する病院数		厚生労働省(H26・H28)*7*8*4、三重県(H28)*23*6、総務省(H26)*9	か所	330	6	1	2	0	2	0	0	1	0
					人口10万人あたり(か所)	0.3	0.3	0.5	0.5	0.0	0.7	0.0	0.0	0.4	0.0
					出生10万あたり(か所)	32.9	45.4	58.9	64.2	0.0	108.4	0.0	0.0	70.3	0.0
	S	NICU病床数		厚生労働省(H26・H28)*7*8*4、三重県(H28)*23*6、総務省(H26)*9	床	3,052	48	3	15	0	21	0	0	9	0
					人口10万人あたり(床)	2.4	2.7	1.4	4.0	0.0	7.5	0.0	0.0	3.9	0.0
					出生10万あたり(床)	304	364	177	482	0.0	1,138	0.0	0.0	632	0.0
	S	NICU専任医師数(常勤)		厚生労働省(H26)*22、総務省(H27)*23	人	1,660	25	−	−	−	−	−	−	−	−
					人口10万人あたり(人)	1.3	1.3	−	−	−	−	−	−	−	−
	S	NICU専任医師数(非常勤)		厚生労働省(H26)*22、総務省(H27)*23	人	1,413.9	13	−	−	−	−	−	−	−	−
					人口10万人あたり(人)	1.1	0.7	−	−	−	−	−	−	−	−
	S	GCUを有する病院数		厚生労働省(H26)*7*8、総務省(H26)*9、三重県(H26)*10	か所	281	5	0	2	0	2	0	0	1	0
					人口10万人あたり(か所)	0.2	0.3	0.0	0.5	0.0	0.7	0.0	0.0	0.4	0.0
					出生10万あたり(か所)	28.0	36.4	0.0	64.4	0.0	97.4	0.0	0.0	64.7	0.0
	S	GCU病床数		厚生労働省(H26)*7*8、総務省(H26)*9、三重県(H26)*10	床	3,942	60	0	24	0	30	0	0	6	0
					人口10万人あたり(床)	3.1	3.3	0.0	6.5	0.0	10.7	0.0	0.0	2.6	0.0
					出生10万あたり(床)	393	437	0.0	773	0.0	1,461	0.0	0.0	388	0.0

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
地域周産期母子医療センター・総合周産期母子医療センター	S	MFICUを有する病院数		厚生労働省(H26)*7 *8、総務省(H26)*9、三重県(H26)*10	か所	110	3	0	2	0	1	0	0	0	0
					人口10万人あたり(か所)	0.1	0.2	0.0	0.5	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0
					出産10万あたり(か所)	10.7	21.4	0.0	63.0	0.0	47.5	0.0	0.0	0.0	0.0
	S	MFICU病床数		厚生労働省(H26)*7 *8、総務省(H26)*9、三重県(H26)*10	床	715	15	0	9	0	6	0	0	0	0
					人口10万人あたり(床)	0.6	0.8	0.0	2.4	0.0	2.1	0.0	0.0	0.0	0.0
					出産10万あたり(床)	69.6	106.9	0.0	283.5	0.0	285.2	0.0	0.0	0.0	0.0
	S	ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数		厚生労働省(H28)*24、総務省(H28)*25	か所	705	8	1	2	0	2	0	2	1	0
					人口10万人あたり(か所)	0.6	0.4	0.5	0.5	0.0	0.7	0.0	0.9	0.4	0.0
	S	業務継続計画策定医療機関数		三重県(H29)*26	か所	−	6	0	2	0	2	0	0	1	1
	S	業務継続計画策定割合		三重県(H29)*26	%	−	40	0	100	0	100	0	0	50	50
	S	災害時小児周産期リエゾン認定者数		三重県(H29)*26	人	−	5	1	0	0	3	0	1	0	0
	P	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数		厚生労働省(H26)*22 *8	件	227,956	2,247	−	−	−	−	−	−	−	−
					出産千あたり(件)	222	160	−	−	−	−	−	−	−	−
	P	NICU入室児数 ※延人数		厚生労働省(H26)*7 *8、総務省(H26)*9、三重県(H26)*10	人	68,838	964			292		569		103	0
					人口10万人あたり(人)	54.2	53.0			34.9		125.8		22.5	0.0
					出生千あたり(人)	68.6	70.2			42.4		174.5		32.3	0.0
	P	NICU・GCU長期入院児数		厚生労働省(H26)*22 *8	人	614	3	−	−	−	−	−	−	−	−
					出生千人あたり(人)	0.6	0.2	−	−	−	−	−	−	−	−
	P	母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率	●	厚生労働省(H26)*22、総務省(H26)*27	件	46,589	573	−	−	−	−	−	−	−	−
					割合	0.95	1.0	−	−	−	−	−	−	−	−
	P	母体・新生児搬送のうち受入困難事例の件数(医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上)	●	総務省(H27)*28	件	549	4	−	−	−	−	−	−	−	−
					%	3.7	2.2	−	−	−	−	−	−	−	−
	P	母体・新生児搬送のうち受入困難事例の件数(現場滞在時間が30分以上)	●	総務省(H27)*28	件	1,194	5	−	−	−	−	−	−	−	−
					%	7.9	2.7	−	−	−	−	−	−	−	−
療養・療育支援	S	乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数		−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−
	O	NICU・GCU 長期入院児数[再掲]	●	厚生労働省(H26)*22 *8	人	614	3	−	−	−	−	−	−	−	−
					出生千人あたり(人)	0.6	0.2	−	−	−	−	−	−	−	−

*1　地域保健・健康増進事業報告(平成28年度)
*2　住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成29年1月1日現在)
*3　平成28年　医師・歯科医師・薬剤師調査
*4　平成28年　人口動態調査
*5　人口推計(平成28年10月1日現在)
*6　月別人口調査(平成28年10月1日現在)
*7　平成26年　医療施設調査(個票解析)　※入室児数は9月中の集計
*8　平成26年　人口動態調査
*9　人口推計(平成26年10月1日現在)
*10　月別人口調査(平成26年10月1日現在)
*11　日本周産期・新生児医学会ホームページ(平成30年3月8日現在)

*12 人口推計（平成 30 年2月1日現在）※概算値
*13 月別人口調査（平成 30 年2月1日現在）
*14 平成 28 年 衛生行政報告例
*15 日本助産評価機構ホームページ等（平成 29 年2月現在）※クリニカルラダーレベルⅢの認証を受けた助産師数（アドバンス助産師）
*16 日本看護協会ホームページ等（平成 29 年6月現在） ※新生児集中ケアの分野で認定を受けた看護師数
*17 平成 26 年 医療施設調査 ※分娩数は9月中の実施件数を年換算したものを掲載
*18 三重県産婦人科医会調べ（平成 28 年）
*19 三重県助産師会調べ（平成 28 年）
*20 平成 28 年 三重県の人口動態
*21 三重県調査（平成 28 年9月現在）
*22 周産期医療体制調（平成 26 年度）
*23 住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数（平成 27 年1月1日現在）
*24 診療報酬施設基準（平成 28 年3月 31 日現在）
*25 住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数（平成 28 年1月1日現在）
*26 三重県調査（平成 29 年）
*27 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査（平成 26 年度）
*28 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査（平成 27 年度）
*29 三重県「平成28年保健師助産師看護師准看護師業務従事者届再集計」 ※全国数値は、厚生労働省「平成28年衛生行政報告例」の三重県数値を左記数値に置き換えて、独自に算出

１０．小児医療

小児医療に関連する指標一覧
【区分について】
S：ストラクチャー指標　　（医療サービスを提供する物質資源、人的資本および組織体力を測る指標）
P：プロセス指標　　（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）
0：アウトカム指標　　（医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標）

※「-」データ不明もしくは指標の対象外

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典（年次）	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
地域・相談支援等	S	小児救急電話相談の回線数	●	都道府県(H27)*1、総務省(H27)*2	回線	93	1	-	-	-	-	-	-	-	-
					小児人口10万人あたり(回線)	0.6	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	小児救急電話相談の相談件数	●	都道府県(H27)*1、総務省(H27)*2	件／年	753,096	9,914	-	-	-	-	-	-	-	-
					小児人口10万人あたり(件)	4,566	4,058	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	小児に対応している訪問看護ステーション数		三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンター(H28)*3	か所	-	41			21		6		7	2
	P	小児在宅人工呼吸器患者数（医療的ケア児のうち、人工呼吸器使用児数）		三重県他(H28)*4	人	-	40			17		9		11	3
	O	小児人口あたりの時間外外来受診回数（0から15歳未満）	●	厚生労働省(H27)*5、総務省(H28)*6	件	3,101,684	40,253			15,707		14,363		9,496	687
					小児人口10万人あたり(件)	19,451	17,237			13,707		25,428		17,262	9,241
	O	小児人口あたりの時間外外来受診回数（0から6歳未満）		厚生労働省(H27)*5、総務省(H28)*6	件	2,692,500	35,695			13,522		13,553		8,107	513
					0～6歳人口10万人あたり（件）	44,475	41,442			31,560		64,661		40,866	20,611
一般小児医療	S	小児科を標榜する病院数		厚生労働省(H26)*7、総務省(H26)*8、三重県(H26)*9	か所	2,677	41	8	7	3	8	4	5	4	2
					小児人口10万人あたり（か所）	15.9	17.1	26.6	13.3	8.3	22.2	18.7	17.4	14.5	25.7
	S	小児科を標榜する診療所数		厚生労働省(H26)*7、総務省(H26)*8、三重県(H26)*9	か所	5,510	72	7	12	13	15	6	8	10	1
					小児人口10万人あたり（か所）	32.7	30.0	23.3	22.8	36.1	41.6	28.0	27.8	36.2	12.8
	S	小児歯科を標榜する歯科診療所数		厚生労働省(H26)*10、総務省(H26)*8、三重県(H26)*9	か所	42,627	595	-	-	-	-	-	-	-	-
					小児人口10万人あたり（か所）	253.1	247.6	-	-	-	-	-	-	-	-
一般小児医療・小児地域支援病院	P	小児のかかりつけ医受診率		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
一般小児医療・小児地域支援病院・小児地域医療センター・小児中核病院	S	小児科医師数（病院）		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*12、三重県(H28)*13	人	10,355	120	-	-	-	-	-	-	-	-
					小児人口10万人あたり(人)	65.6	52.2	-	-	-	-	-	-	-	-
	S	小児科医師数（診療所）		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*12、三重県(H28)*13	人	6,582	88	-	-	-	-	-	-	-	-
					小児人口10万人あたり(人)	41.7	38.3	-	-	-	-	-	-	-	-

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
一般小児医療・小児地域支援病院・小児地域医療センター・小児中核病院	S	夜間・休日の小児科診療を実施している医療機関数		厚生労働省(H28)*14、総務省(H28)*15	か所	366	7	1	0	1	1	2	1	1	0
					人口 10 万人あたり(か所)	0.3	0.4	0.5	0.0	0.4	0.4	1.1	0.4	0.4	0.0
	P	緊急気管挿管を要した患者数(小児)		厚生労働省(H27)*5、総務省(H28)*15	件	12,348	205			95		92		18	0
					小児人口 10 万人あたり(件)	75.7	85.3			80.0		158.9		32.1	0.0
	P	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数(医療機関に受入の照会を行った回数が4回以上)	●	消防庁(H27)*16、総務省(H27)*6	件	8,570	244	－	－	－	－	－	－	－	－
					小児人口 10 万人あたり(件)	53.9	104.5	－	－	－	－	－	－	－	－
	P	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の件数(現場滞在時間が 30 分以上)	●	消防庁(H27)*16、総務省(H27)*6	件	12,039	175	－	－	－	－	－	－	－	－
					小児人口 10 万人あたり(件)	75.8	74.9	－	－	－	－	－	－	－	－
	P	特別児童扶養手当数		厚生労働省(H28)*17、総務省(H28)*12	件	228,764	3,654	－	－	－	－	－	－	－	－
					人口 10 万人あたり(件)	180.2	202.1	－	－	－	－	－	－	－	－
	P	児童育成手当(障害手当)数		－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－
	P	障害児福祉手当数		厚生労働省(H28)*17、総務省(H28)*12	件	64,978	1,069	－	－	－	－	－	－	－	－
					人口 10 万人あたり(件)	51.2	59.1	－	－	－	－	－	－	－	－
	P	身体障害者手帳交付数(18 歳未満)		厚生労働省(H28)*17、総務省(H28)*12	件	102,391	1,357	－	－	－	－	－	－	－	－
					人口 10 万人あたり(件)	80.7	75.1	－	－	－	－	－	－	－	－
小児地域支援病院・小児地域医療センター・小児中核病院	P	救急入院患者数		厚生労働省(H27)*5、総務省(H28)*15	件	57,875	721			140		513		42	26
					小児人口 10 万人あたり(件)	354.6	300.2			118.0		886.1		74.9	344.6
小児地域支援病院	S	小児地域支援病院数		三重県(H29)*18	か所	－	2	－	－	－	－	－	－	－	－
小児地域医療センター	S	小児地域医療センター数		三重県(H29)*18	か所	－	8	－	－	－	－	－	－	－	－
小児中核病院	S	小児中核病院数		三重県(H29)*18	か所	－	3	－	－	－	－	－	－	－	－
	S	PICU を有する病院数		厚生労働省(H26)*7	か所	41	0	－	－	－	－	－	－	－	－
		PICU 病床数		厚生労働省(H26)*7	床	256	0	－	－	－	－	－	－	－	－
全体	O	乳児死亡率	●	厚生労働省(H28)*19、三重県(H28)*20	出生千あたり(人)	2	1.7			1.6		1.3		2.3	0.0
	O	乳児死亡数(0歳)(平成 24-28 年の合計)	●	厚生労働省(H24～H28)*21、総務省(H24～H28)*22、三重県(H24～H28)*23	人	10,408	170	16	49	24	18	15	23	20	5
					0歳人口千人あたり	2.1	2.4	1.8	3.0	2.3	1.7	2.4	2.8	2.6	2.6
	O	幼児死亡数(1～4歳)(平成 24-28 年の合計)	●	厚生労働省(H24～H28)*21、総務省(H24～H28)*22、三重県(H24～H28)*23	人	3,919	57	6	12	12	7	6	9	4	1
					1～4歳人口千人あたり	0.19	0.19	0.16	0.18	0.27	0.15	0.22	0.25	0.12	0.11

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
全体	O	児童死亡数(5～9歳)(平成 24-28 年の合計)	●	厚生労働省(H24～H28)*21、総務省(H24～H28)*22、三重県(H24～H28)*23	人	2,253	30	4	4	4	8	4	0	4	2
					5～9歳人口千人あたり	0.08	0.08	0.08	0.05	0.07	0.13	0.11	0.00	0.09	0.16
	O	児童死亡数(10～14 歳)(平成 24-28 年の合計)	●	厚生労働省(H24～H28)*21、総務省(H24～H28)*22、三重県(H24～H28)*23	人	2,387	32	2	3	1	4	1	9	8	4
					10～14 歳人口千人あたり	0.08	0.07	0.04	0.03	0.02	0.06	0.03	0.18	0.15	0.26
	O	乳児死亡場所(医療施設以外、0歳)	●	厚生労働省(H28)*19	人	226	4	－	－	－	－	－	－	－	－
					%	11.7	18.2	－	－	－	－	－	－	－	－
	O	幼児死亡場所(医療施設以外、1～4歳)	●	厚生労働省(H28)*19	人	91	2	－	－	－	－	－	－	－	－
					%	13.2	33.3	－	－	－	－	－	－	－	－
	O	児童死亡場所(医療施設以外、5～9歳)	●	厚生労働省(H28)*19	人	77	1	－	－	－	－	－	－	－	－
					%	19.7	16.7	－	－	－	－	－	－	－	－
	O	児童死亡場所(医療施設以外、10～14 歳)	●	厚生労働省(H28)*19	人	84	2								
					%	19.1	20.0								

*1　都道府県調査(平成 27 年度)
*2　住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成 27 年1月1日現在)
*3　小児における訪問看護に関する調査(平成 28 年度)　※地域不明5か所を含む
*4　三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンター、三重県小児科医会および三重県調査(平成 28 年度)
*5　NDB(平成 27 年4月から平成 28 年3月まで)
*6　国勢調査(平成 27 年 10 月1日現在)
*7　平成 26 年　医療施設調査(個票解析)
*8　人口推計(平成 26 年 10 月1日現在)
*9　月別人口調査(平成 26 年 10 月1日現在)
*10　平成 26 年　医療施設調査
*11　平成 28 年　医師・歯科医師・薬剤師調査
*12　人口推計(平成 28 年 10 月1日現在)
*13　月別人口調査(平成 28 年 10 月1日現在)
*14　診療報酬施設基準(平成 28 年3月 31 日現在)
*15　住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成 28 年1月1日現在)
*16　救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査(平成 27 年度)
*17　平成 28 年　福祉行政報告例
*18　三重県調査(平成 29 年度)
*19　平成 28 年　人口動態調査
*20　平成 28 年　三重県の人口動態
*21　平成 24～28 年　人口動態調査
*22　平成 24～28 年　人口推計(各年 10 月1日現在)
*23　平成 24～28 年　月別人口調査(各年 10 月1日現在)

１１．在宅医療

在宅医療に関連する指標一覧
【区分について】
S：ストラクチャー指標　　（医療サービスを提供する物質資源、人的資本および組織体力を測る指標）
P：プロセス指標　　（実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標）

※「-」データ不明もしくは指標の対象外

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
退院支援	S	退院支援担当者を配置している診療数		厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	584	8	1	2	2	2	0	0	1	0
					人口10万人あたり(か所)	0.5	0.4	0.5	0.5	0.8	0.7	0.0	0.0	0.4	0.0
	S	退院支援担当者を配置している病院数		厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	3,592	48	6	8	6	10	3	7	7	1
					人口10万人あたり(か所)	2.8	2.6	2.7	2.1	2.4	3.5	1.7	3.1	2.8	1.3
	S	退院支援を実施している診療所・病院数	●	厚生労働省(H27)*4 総務省(H28)*5	か所	3,400	-			16		13		12	-
					人口10万人あたり(か所)	2.7	-			1.9		2.8		2.6	-
	S	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数		厚生労働省(H27)*4 総務省(H28)*5	か所	4,691	61			23		18		16	4
					人口10万人あたり(か所)	3.7	3.3			2.7		3.9		3.4	5.3
	S	退院時共同指導を実施している診療所・病院数		厚生労働省(H27)*4 総務省(H28)*5	か所	1,982	25			12		5		8	-
					人口10万人あたり(か所)	1.5	1.4			5.4		1.1		1.7	-
	S	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	退院支援(退院調整)を受けた患者数		厚生労働省(H27)*4、総務省(H28)*5	件	1,262,618	11,078			2,603		3,304		4,564	607
					人口千人あたり(件)	9.9	6.0			3.1		7.2		9.8	8.1
	P	介護支援連携指導を受けた患者数		厚生労働省(H27)*4、総務省(H28)*5	件	308,239	4,067			982		1,518		1,451	116
					人口千人あたり(件)	2.4	2.2			1.2		3.3		3.1	1.5
	P	退院時共同指導を受けた患者数		厚生労働省(H27)*4、総務省(H28)*5	件	13,595	230			159		11		60	-
					人口10万人あたり(件)	10.6	12.4			18.7		2.4		12.9	-
	P	退院後訪問指導料を受けた患者数		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
日常の療養支援	S	訪問診療を実施している診療所・病院数	●	厚生労働省(H27)*4、総務省(H28)*5	か所	27,789	447			174		104		137	32
					人口10万人あたり(か所)	21.7	24.2			20.5		22.7		29.4	42.7
	S	訪問看護事業所数	●	厚生労働省(H27)*4 総務省(H28)*5	か所	6,723	87			35		20		28	4
					人口10万人あたり(か所)	5.2	4.7			4.1		4.4		6.0	5.3
	S	訪問看護従事者数	●	厚生労働省(H27)*6 総務省(H27)*7	人	50,696.4	643.6	55.9	105.7	107.1	59.4	84.0	66.8	131.7	33.0
					人口10万人あたり(人)	39.9	35.4	25.7	28.1	43.4	21.2	49.6	30.4	56.2	46.1
	S	小児(15歳未満)の訪問看護を実施している訪問看護事業所数(0から4歳)		厚生労働省(H25)*8、総務省(H25)*9、三重県(H25)*10	か所	371	7	1	1	2	1	0	1	1	0
					人口100万人あたり(か所)	2.9	3.8	4.6	2.7	8.1	3.6	0.0	4.5	4.2	0.0
	S	歯科訪問診療を実施している診療所数		厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	13,852	179	13	25	14	27	22	45	29	4
					人口100万人あたり(か所)	10.8	9.6	5.9	6.6	5.6	9.5	12.3	19.7	11.8	5.1

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
日常の療養支援	S	歯科訪問診療を実施している病院数		厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	166	1	0	0	0	1	0	0	0	0
					人口100万人あたり(か所)	1.3	0.5	0.0	0.0	0.0	3.6	0.0	0.0	0.0	0.0
	S	訪問薬剤指導を実施する薬局数		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	か所	46,049	706	83	143	90	104	66	86	103	31
					人口1万人あたり(か所)	3.6	3.8	3.8	3.8	3.6	3.8	3.8	3.8	4.3	4.1
	S	訪問薬剤指導を実施する診療所・病院数		厚生労働省(H27)*4、総務省(H28)*5	か所	177	－			0		－		－	0
					人口100万人あたり(か所)	1.4	－			0.0		－		－	0.0
	P	訪問診療を受けた患者数	●	厚生労働省(H27)*4、総務省(H28)*5	件	7,325,943	90,235			30,849		23,382		32,579	3,425
					人口千人あたり(件)	57.2	48.8			36.3		51.0		69.9	45.7
	P	訪問歯科診療を受けた患者数		厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	件	450,492	2,848			640		1,102		1,099	7
					人口10万人あたり(件)	354.5	156.4			76.5		243.7		240.1	9.5
	P	訪問看護利用者数(精神以外)	●	厚生労働省(H27)*4、総務省(H28)*5	件	167,478	－			496		460		335	－
					人口10万人あたり(件)	130.8	－			58.3		100.4		71.9	－
	P	訪問看護利用者数(精神)	●	厚生労働省(H27)*4、総務省(H28)*5	件	439,206	5,837			1,777		1,834		1,693	533
					人口10万人あたり(件)	343.0	315.5			208.8		400.2		363.4	710.8
	P	訪問薬剤管理指導を受けた者の数(医療機関)		厚生労働省(H27)*4、総務省(H28)*5	件	3,397	－			0		－		－	0
					人口10万人あたり(件)	2.7	－			0.0		－		－	0.0
	P	訪問薬剤管理指導を受けた者の数(薬局)		厚生労働省(H27)*4、総務省(H28)*5	件	166,968	544			240		116		175	13
					人口10万人あたり(件)	130.4	29.4			28.2		25.3		37.6	17.3
	P	小児(15歳未満)の訪問看護利用者数		厚生労働省(H25)*8、総務省(H25)*9、三重県(H25)*10	人	8,059.0	68.1	22.8	7.4	15.3	7.4	0.0	7.6	7.6	0.0
					人口10万人あたり(人)	6.3	3.7	10.4	2.0	6.2	2.6	0.0	3.4	3.2	0.0
日常の療養支援・急変時の対応	S	在宅療養支援歯科診療所数		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	か所	6,140	95	7	14	3	20	15	20	16	0
					人口10万人あたり(か所)	4.8	5.1	3.2	3.7	1.2	7.1	8.6	8.9	6.6	0.0
日常の療養支援・急変時の対応・看取り	S	在宅療養支援診療所数(1)機能強化型(単独)		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	か所	175	0	0	0	0	0	0	0	0	0
					人口10万人あたり(か所)	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	S	在宅療養支援診療所数(2)機能強化型(連携)		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	か所	2,614	51	5	14	19	9	0	0	4	0
					人口10万人あたり(か所)	2.0	2.8	2.3	3.7	7.6	3.2	0.0	0.0	1.7	0.0
		在宅療養支援診療所数(3)従来型		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	か所	11,894	126	16	13	16	22	6	14	28	11
					人口10万人あたり(か所)	9.3	6.8	7.2	3.4	6.4	7.8	3.4	6.2	11.6	14.7
	S	在宅療養支援病院(1)機能強化型(単独)		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	か所	152	2	1	0	0	1	0	0	0	0
					人口10万人あたり(か所)	0.1	0.1	0.5	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
日常の療養支援・急変時の対応・看取り	S	在宅療養支援病院(2)機能強化型(連携)		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	か所	305	5	0	3	0	1	0	0	1	0
					人口 10 万人あたり(か所)	0.2	0.3	0.0	0.8	0.0	0.4	0.0	0.0	0.4	0.0
		在宅療養支援病院(3)従来型		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	か所	652	4	2	0	0	0	1	1	0	0
					人口 10 万人あたり(か所)	0.5	0.2	0.9	0.0	0.0	0.0	0.6	0.4	0.0	0.0
	S	在宅療養支援診療所(1)機能強化型(単独)で医療に携わる医師数		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	人	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
					人口 100 万人あたり(人)	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	S	在宅療養支援診療所(2)機能強化型(連携)で医療に携わる医師数		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	人	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0
					人口 100 万人あたり(人)	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		在宅療養支援診療所(3)従来型で医療に携わる医師数		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	人	283	0	0	0	0	0	0	0	0	0
					人口 100 万人あたり(人)	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	S	在宅療養支援病院(1)機能強化型(単独)で医療に携わる医師数		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	人	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0
					人口 100 万人あたり(人)	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	S	在宅療養支援病院(2)機能強化型(連携)で医療に携わる医師数		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	人	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
					人口 100 万人あたり(人)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		在宅療養支援病院(3)従来型で医療に携わる医師数		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	人	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0
					人口 100 万人あたり(人)	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急変時の対応	S	往診を実施している診療所数	●	厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	23,358	428	34	73	51	66	43	52	83	26
					人口 10 万人あたり(か所)	18.4	23.5	15.6	19.7	20.6	23.5	25.1	23.4	35.3	35.4
		往診を実施している病院数	●	厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	1,627	15	2	2	2	3	1	2	3	0
					人口 10 万人あたり(か所)	1.3	0.8	0.9	0.5	0.8	1.1	0.6	0.9	1.3	0.0
	S	在宅療養後方支援病院		厚生労働省(H28)*11、総務省(H28)*5	か所	326	3	1	0	0	0	2	0	0	0
					人口 10 万人あたり(か所)	0.3	0.2	0.5	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0	0.0
	S	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数	●	厚生労働省(H27)*6 総務省(H27)*7	か所	6,343	80	8	19	8	7	13	10	10	5
					人口 10 万人あたり(か所)	5.0	4.4	3.7	5.0	3.2	2.5	7.7	4.5	4.3	7.0
	S	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数	●	厚生労働省(H27)*6 総務省(H27)*7	人	42,155.4	484.1	39.8	99.0	69.8	37.0	79.0	63.9	73.3	22.3
					人口 10 万人あたり(人)	33.2	26.7	18.3	26.3	28.3	13.2	46.6	29.1	31.3	31.1
	S	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数(保健師)	●	厚生労働省(H27)*6、総務省(H27)*7	人	594.4	6.0	0.0	1.0	0.0	0.5	1.0	2.0	1.5	－
					人口 10 万人あたり(人)	0.5	0.3	0.0	0.3	0.0	0.2	0.6	0.9	0.6	－
	S	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数(助産師)	●	厚生労働省(H27)*6 総務省(H27)*7	人	29.0	－	－	－	－	－	－	－	－	－
					人口 10 万人あたり(人)	0.02	－	－	－	－	－	－	－	－	－
	S	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数(看護師)	●	厚生労働省(H27)*6 総務省(H27)*7	人	28,254.8	307.1	29.6	67.3	36.5	27.5	53.0	42.5	33.2	17.5
					人口 10 万人あたり(人)	22.2	16.9	13.6	17.9	14.8	9.8	31.3	19.3	14.2	24.4

ステージ	区分	指標名	重点指標	出典(年次)	単位	数値比較									
						全国	三重県	桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州
急変時の対応	S	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数(准看護師)	●	厚生労働省(H27)*6 総務省(H27)*7	人	2,633.4	37.0	1.1	11.3	1.3	2.9	5.9	3.3	9.4	1.8
					人口 10 万人あたり(人)	2.1	2.0	0.5	3.0	0.5	1.0	3.5	1.5	4.0	2.5
	S	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数(理学療法士)	●	厚生労働省(H27)*6 総務省(H27)*7	人	5,091.1	62.7	7.8	7.4	20.9	1.5	4.9	7.5	12.4	0.3
					人口 10 万人あたり(人)	4.0	3.5	3.6	2.0	8.5	0.5	2.9	3.4	5.3	0.4
	S	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数(作業療法士)	●	厚生労働省(H27)*6 総務省(H27)*7	人	2,316.3	28.0	0.9	6.6	6.4	1.0	4.1	2.1	5.9	1.0
					人口 10 万人あたり(人)	1.8	1.5	0.4	1.8	2.6	0.4	2.4	1.0	2.5	1.4
	P	往診を受けた患者数		厚生労働省(H27)*4、総務省(H28)*5	件	1,733,903	26,807	9,551			6,498		9,450		1,308
					人口千人あたり(件)	13.5	14.5	11.2			14.2		20.3		17.4
看取り	S	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所数	●	厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	4,312	79	5	12	8	15	4	11	20	4
					人口 10 万人あたり(か所)	3.4	4.3	2.3	3.2	3.2	5.3	2.3	4.9	8.5	5.4
	S	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している病院数	●	厚生労働省(H26)*1、総務省(H26)*2、三重県(H26)*3	か所	476	8	2	2	0	0	1	2	1	0
					人口 10 万人あたり(か所)	0.4	0.4	0.9	0.5	0.0	0.0	0.6	0.9	0.4	0.0
	S	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数		厚生労働省(H27)*6、総務省(H27)*7	か所	6,595	98	9	20	11	10	14	11	16	7
					人口 10 万人あたり(か所)	5.2	5.4	4.1	5.3	4.5	3.6	8.3	5.0	6.8	9.8
	P	在宅ターミナルケアを受けた患者数	●	厚生労働省(H27)*4、総務省(H28)*5	件	74,401	1,188	648			194		328		18
					人口 10 万人あたり(件)	58.1	64.2	76.1			42.3		70.3		24.0
	P	看取り数(死亡診断書のみの場合を含む)	●	厚生労働省(H27)*4、総務省(H28)*5	件	127,476	2,379	968			558		797		56
					人口 10 万人あたり(件)	99.5	128.6	113.8			121.8		171.1		74.7
	P	在宅死亡者数		厚生労働省(H28)*12	人	259,467	4,153	377	898	384	517	450	528	868	131
					%	19.8	20.9	17.8	25.1	17.1	18.1	21.9	20.1	27.6	10.8

*1　平成 26 年 医療施設調査(個票解析)　※実施件数は9月中の集計
*2　人口推計(平成 26 年 10 月1日現在)
*3　月別人口調査(平成 26 年 10 月1日現在)
4　NDB(平成 27 年4月から平成 28 年3月まで)　※全国の施設数は各地域の「」を1施設として集計
*5　住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数(平成 28 年1月1日現在)
*6　平成 27 年 介護サービス施設・事業所調査(個票解析)
*7　国勢調査(平成 27 年 10 月1日現在)
*8　平成 25 年 介護サービス施設・事業所調査
*9　人口推計(平成 25 年 10 月1日現在)
*10　月別人口調査(平成 25 年 10 月1日現在)
*11　診療報酬施設基準(平成 28 年3月 31 日現在)
*12　平成 28 年 人口動態調査

第２節｜在宅医療に係る市町別の指標

① 訪問診療を実施する病院・診療所数

（単位：件/年、か所）

	施設数	人口 10 万人あたり施設数
全国	27,789	21.7
三重県	447	24.2
北勢	174	20.5
桑名市	28	19.6
いなべ市	7	15.2
木曽岬町	*	－
東員町	4	15.7
四日市市	69	22.1
菰野町	6	14.4
朝日町	*	－
川越町	*	－
鈴鹿市	41	20.4
亀山市	14	28.1
中勢伊賀	104	22.7
津市	65	23.0
名張市	20	24.9
伊賀市	19	20.1
南勢志摩	137	29.4
松阪市	41	24.5
多気町	0	0.0
明和町	5	21.6
大台町	7	70.7
大紀町	7	74.9
伊勢市	41	31.6
鳥羽市	7	34.9
志摩市	20	37.8
玉城町	4	25.4
度会町	*	－
南伊勢町	4	28.7
東紀州	32	42.7
尾鷲市	5	26.2
熊野市	15	83.5
紀北町	9	52.2
御浜町	*	－
紀宝町	*	－

※「＊」は１～２施設

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」（平成 28 年１月１日現在）

② 24時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数のうち、看護師・准看護師数

（単位：人）

	看護師		准看護師	
	人数	人口10万人あたり	人数	人口10万人あたり
全国	28,254.8	22.2	2,633.4	2.1
三重県	307.1	16.9	37.0	2.0
桑員	29.6	13.6	1.1	0.5
桑名市	15.8	11.3	1.1	0.8
いなべ市	13.8	30.1	－	－
木曽岬町	－	－	－	－
東員町	－	－	－	－
三泗	67.3	17.9	11.3	3.0
四日市市	62.8	20.2	10.3	3.3
菰野町	4.5	11.2	1.0	2.5
朝日町	－	－	－	－
川越町	－	－	－	－
鈴亀	36.5	14.8	1.3	0.5
鈴鹿市	24.6	12.5	1.3	0.7
亀山市	11.9	23.7	－	－
津	27.5	9.8	2.9	1.0
津市	27.5	9.8	2.9	1.0
伊賀	53.0	31.3	5.9	3.5
名張市	36.1	45.8	5.4	6.9
伊賀市	16.9	18.7	0.5	0.6
松阪	42.5	19.3	3.3	1.5
松阪市	27.8	17.0	1.5	0.9
多気町	2.4	16.1	0.8	5.4
明和町	6.8	30.1	－	－
大台町	3.0	31.4	－	－
大紀町	2.5	28.0	1.0	11.2
伊勢志摩	33.2	14.2	9.4	4.0
伊勢市	21.9	17.1	7.4	5.8
鳥羽市	－	－	－	－
志摩市	5.0	9.9	－	－
玉城町	－	－	－	－
度会町	－	－	－	－
南伊勢町	6.3	49.3	2.0	15.6
東紀州	17.5	24.4	1.8	2.5
尾鷲市	1.7	9.4	0.8	4.4
熊野市	6.7	38.7	－	－
紀北町	－	－	－	－
御浜町	9.1	104.1	1.0	11.4
紀宝町	－	－	－	－

資料：厚生労働省「平成27年介護サービス施設・事業所調査」（個票解析）、総務省「国勢調査」（平成27年10月1日現在）

③ 訪問看護ステーション数

（単位：か所）

	訪問看護ステーション		緊急時訪問看護加算届出施設	
	施設数	人口1万人あたり	施設数	人口1万人あたり
三重県	159	0.9	142	0.8
桑員	23	1.1	19	0.9
桑名市	16	1.1	14	1.0
いなべ市	4	0.9	3	0.7
木曽岬町	0	0.0	0	0.0
東員町	3	1.2	2	0.8
三泗	35	0.9	32	0.8
四日市市	31	1.0	29	0.9
菰野町	4	1.0	3	0.7
朝日町	0	0.0	0	0.0
川越町	0	0.0	0	0.0
鈴亀	20	0.8	18	0.7
鈴鹿市	14	0.7	12	0.6
亀山市	6	1.2	6	1.2
津	19	0.7	17	0.6
津市	19	0.7	17	0.6
伊賀	15	0.9	15	0.9
名張市	8	1.0	8	1.0
伊賀市	7	0.8	7	0.8
松阪	16	0.7	15	0.7
松阪市	9	0.6	9	0.6
多気町	1	0.7	1	0.7
明和町	3	1.3	2	0.9
大台町	2	2.2	2	2.2
大紀町	1	1.2	1	1.2
伊勢志摩	24	1.0	19	0.8
伊勢市	17	1.3	14	1.1
鳥羽市	0	0.0	0	0.0
志摩市	3	0.6	1	0.2
玉城町	1	0.7	1	0.7
度会町	0	0.0	0	0.0
南伊勢町	3	2.5	3	2.5
東紀州	7	1.0	7	1.0
尾鷲市	2	1.2	2	1.2
熊野市	1	0.6	1	0.6
紀北町	0	0.0	0	0.0
御浜町	3	3.6	3	3.6
紀宝町	1	0.9	1	0.9

資料：三重県）三重県「指定事業者等管理システム」（平成29年9月現在）、三重県「月別人口調査」（平成29年10月1日現在）

④ 在宅療養支援歯科診療所数

（単位：か所）

		施設数	人口10万人あたり施設数
全国		6,140	4.8
三重県		95	5.1
桑員		7	3.2
	桑名市	5	3.5
	いなべ市	0	0.0
	木曽岬町	1	15.5
	東員町	1	3.9
三泗		14	3.7
	四日市市	11	3.5
	菰野町	1	2.4
	朝日町	1	9.5
	川越町	1	6.7
鈴亀		3	1.2
	鈴鹿市	3	1.5
	亀山市	0	0.0
津		20	7.1
	津市	20	7.1
伊賀		15	8.6
	名張市	5	6.2
	伊賀市	10	10.6
松阪		20	8.9
	松阪市	16	9.6
	多気町	1	6.6
	明和町	1	4.3
	大台町	2	20.2
	大紀町	0	0.0
伊勢志摩		16	6.6
	伊勢市	9	6.9
	鳥羽市	0	0.0
	志摩市	5	9.4
	玉城町	1	6.4
	度会町	1	11.7
	南伊勢町	0	0.0
東紀州		0	0.0
	尾鷲市	0	0.0
	熊野市	0	0.0
	紀北町	0	0.0
	御浜町	0	0.0
	紀宝町	0	0.0

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成28年3月31日現在）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」（平成28年1月1日現在）

⑤ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所数

（単位：か所）

		施設数	人口10万人あたり施設数
全国		7,858	6.1
三重県		115	6.2
桑員		16	7.2
	桑名市	10	7.0
	いなべ市	2	4.4
	木曽岬町	2	31.0
	東員町	2	7.8
三泗		21	5.5
	四日市市	17	5.4
	菰野町	3	7.2
	朝日町	1	9.4
	川越町	0	0
鈴亀		11	4.4
	鈴鹿市	7	3.5
	亀山市	4	8.0
津		23	8.2
	津市	23	8.2
伊賀		12	6.9
	名張市	4	5.0
	伊賀市	8	8.5
松阪		19	8.5
	松阪市	16	9.6
	多気町	2	13.3
	明和町	1	4.3
	大台町	0	0
	大紀町	0	0
伊勢志摩		12	5.0
	伊勢市	6	4.7
	鳥羽市	0	0
	志摩市	5	9.6
	玉城町	0	0
	度会町	0	0
	南伊勢町	1	7.4
東紀州		1	1.4
	尾鷲市	0	0
	熊野市	1	5.7
	紀北町	0	0
	御浜町	0	0
	紀宝町	0	0

資料：各地方厚生局「届出受理医療機関名簿」（平成29年11月1日現在、※東北、関東・甲信越、中国地方は平成29年10月時点）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成29年1月1日現在）

⑥ 訪問薬剤管理指導の届出がある薬局数

（単位：か所）

		施設数	人口１万人あたり施設数
全国		46,049	3.6
三重県		706	3.8
桑員		83	3.8
	桑名市	67	4.7
	いなべ市	9	2.0
	木曽岬町	1	1.6
	東員町	6	2.4
三泗		143	3.8
	四日市市	129	4.1
	菰野町	9	2.2
	朝日町	2	1.9
	川越町	3	2.0
鈴亀		90	3.6
	鈴鹿市	72	3.6
	亀山市	18	3.6
津		104	3.7
	津市	104	3.7
伊賀		66	3.8
	名張市	29	3.6
	伊賀市	37	3.9
松阪		86	3.8
	松阪市	70	4.2
	多気町	1	0.7
	明和町	6	2.6
	大台町	6	6.1
	大紀町	3	3.2
伊勢志摩		103	4.3
	伊勢市	67	5.2
	鳥羽市	2	1.0
	志摩市	20	3.8
	玉城町	8	5.1
	度会町	1	1.2
	南伊勢町	5	3.6
東紀州		31	4.1
	尾鷲市	12	6.3
	熊野市	6	3.3
	紀北町	5	2.9
	御浜町	7	7.7
	紀宝町	1	0.9

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」（平成 28 年３月 31 日現在）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数調査」（平成 28 年１月１日現在）

⑦ 在宅看取りを実施している医療機関数

（単位：か所）

		施設数	人口 10 万あたり施設数
全国		9,701	7.6
三重県		155	8.4
北勢		68	8.0
	桑名市	12	8.4
	いなべ市		
	木曽岬町		
	東員町		
	四日市市	27	8.6
	菰野町		
	朝日町		
	川越町		
	鈴鹿市	19	9.5
	亀山市		
中勢伊賀		34	7.4
	津市	22	7.8
	名張市	8	9.9
	伊賀市	4	4.2
南勢志摩		49	10.5
	松阪市	16	9.6
	多気町		
	明和町		
	大台町	3	30.3
	大紀町	3	32.1
	伊勢市	14	10.8
	鳥羽市		
	志摩市	7	13.2
	玉城町	*	－
	度会町		
	南伊勢町		
東紀州		4	5.3
	尾鷲市		
	熊野市		
	紀北町		
	御浜町		
	紀宝町		

※「＊」は１～２施設

資料：厚生労働省「ＮＤＢ」（平成 27 年度）、総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数」（平成 28 年１月１日現在）

第３節｜計画改定の経緯

１．検討経緯

年月日		事項	主な内容
平成 29 年	５月 30 日（火）	三重県がん対策戦略プラン策定検討部会	圏域の設定、素案について
	６月 26 日（月）	三重県医療審議会周産期医療部会	圏域の設定について
	６月 30 日（金）	三重県がん対策推進協議会	圏域の設定、素案について
	６月 30 日（金）	三重県糖尿病対策懇話会	圏域の設定について
	７月５日（水）	三重県脳卒中医療福祉連携懇話会	圏域の設定について
	７月 11 日（火）	三重県医療審議会災害医療対策部会	圏域の設定について
	７月 14 日（金）	三重県医療審議会救急医療部会	圏域の設定について
	７月 18 日（火）	三重県精神保健福祉審議会	圏域の設定について
	７月 21 日（金）	三重県医療審議会	二次医療圏の設定について
	７月 31 日（月）	三重県心筋梗塞等対策懇話会	圏域の設定について
	８月２日（水）	三重県小児医療懇話会	圏域の設定について
	８月３日（木）	三重県在宅医療推進懇話会	圏域の設定について
	10 月２日（月）	三重県心筋梗塞等対策懇話会	「第７次三重県医療計画」素案について
	10 月２日（月）	三重県在宅医療推進懇話会	「第７次三重県医療計画」素案について
	10 月３日（火）	三重県医療審議会地域医療対策部会	「第７次三重県医療計画」素案について
	10 月４日（水）	県議会９月定例月会議常任委員会所管事項説明	「第７次三重県医療計画」検討状況報告
	10 月５日（木）	三重県脳卒中医療福祉連携懇話会	「第７次三重県医療計画」素案について
	10 月 10 日(火)	三重県医療審議会災害医療対策部会	「第７次三重県医療計画」素案について
	10 月 11 日(水)	三重県糖尿病対策懇話会	「第７次三重県医療計画」中間案について
	10 月 17 日(火)	三重県がん対策戦略プラン策定検討部会	「第７次三重県医療計画」中間案について
	10 月 20 日(金)	三重県医療審議会救急医療部会	「第７次三重県医療計画」素案について
	10 月 23 日(月)	三重県医療審議会周産期医療部会	「第７次三重県医療計画」素案について
	11 月６日（月）	三重県がん対策推進協議会	「第７次三重県医療計画」中間案について
	11 月 13 日(月)	三重県医療審議会地域医療対策部会	「第７次三重県医療計画」中間案について
	11 月 14 日(火)	三重県精神保健福祉審議会	「第７次三重県医療計画」中間案について
	11 月 15 日(水)	三重県医療審議会災害医療対策部会	「第７次三重県医療計画」中間案について

年月日		事項	主な内容
	11月15日(水)	三重県小児医療懇話会	「第7次三重県医療計画」中間案について
	11月16日(木)	三重県医療審議会救急医療部会	「第7次三重県医療計画」中間案について
	11月20日(月)	三重県心筋梗塞等対策懇話会	「第7次三重県医療計画」中間案について
	11月20日(月)	三重県医療審議会周産期医療部会	「第7次三重県医療計画」中間案について
	11月27日(月)	三重県脳卒中医療福祉連携懇話会	「第7次三重県医療計画」中間案について
	11月29日(水)	三重県在宅医療推進懇話会	「第7次三重県医療計画」中間案について
	12月11日(月)	県議会11月定例月会議常任委員会所管事項説明	「第7次三重県医療計画」中間案報告
	12月12日(火)	三重県医療審議会	「第7次三重県医療計画」中間案について
	12月14日(木)	各市町、三重県保険者協議会への意見照会	
	12月19日(火)	パブリックコメント開始	
平成30年	1月17日(水)	パブリックコメント終了	
	1月25日(木)	三重県がん対策戦略プラン策定検討部会	「第7次三重県医療計画」最終案について
	1月29日(月)	三重県糖尿病対策懇話会	「第7次三重県医療計画」最終案について
	2月6日(火)	三重県がん対策推進協議会	「第7次三重県医療計画」最終案について
	2月13日(火)	三重県医療審議会災害医療対策部会	「第7次三重県医療計画」最終案について
	2月14日(水)	三重県小児医療懇話会	「第7次三重県医療計画」最終案について
	2月15日(木)	三重県心筋梗塞等対策懇話会	「第7次三重県医療計画」最終案について
	2月19日(月)	三重県脳卒中医療福祉連携懇話会	「第7次三重県医療計画」最終案について
	2月20日(火)	三重県在宅医療推進懇話会	「第7次三重県医療計画」最終案について
	2月21日(水)	三重県精神保健福祉審議会	「第7次三重県医療計画」最終案について
	2月23日(金)	三重県医療審議会救急医療部会	「第7次三重県医療計画」最終案について
	2月23日(金)	三重県医療審議会地域医療対策部会	「第7次三重県医療計画」最終案について
	2月26日(月)	三重県医療審議会周産期医療部会	「第7次三重県医療計画」最終案について
	3月9日(金)	県議会2月定例月会議常任委員会所管事項説明	「第7次三重県医療計画」最終案報告
	3月12日(月)	三重県医療審議会へ諮問	
	3月19日(月)	三重県医療審議会	「第7次三重県医療計画」最終案について
	3月23日(金)	三重県医療審議会から答申	
	3月28日(水)	厚生労働大臣へ報告	
	3月30日(金)	県公報登載	

2．審議会等の日程一覧

	第１回	第２回	第３回	第４回
三重県医療審議会	平成 29 年７月 21 日	平成 29 年 12 月 12 日	平成 30 年３月 19 日	―
三重県がん対策推進協議会	平成 29 年６月 30 日	平成 29 年 11 月６日	平成 30 年２月６日	―
三重県がん対策戦略プラン策定検討部会	平成 29 年５月 30 日	平成 29 年 10 月 17 日	平成 30 年１月 25 日	―
三重県脳卒中医療福祉連携懇話会	平成 29 年７月５日	平成 29 年 10 月５日	平成 29 年 11 月 27 日	平成 30 年２月 19 日
三重県心筋梗塞等対策懇話会	平成 29 年７月 31 日	平成 29 年 10 月２日	平成 29 年 11 月 20 日	平成 30 年２月 15 日
三重県糖尿病対策懇話会	平成 29 年６月 30 日	平成 29 年 10 月 11 日	平成 30 年１月 29 日	―
三重県精神保健福祉審議会	平成 29 年７月 18 日	平成 29 年 11 月 14 日	平成 30 年２月 21 日	―
三重県医療審議会救急医療部会	平成 29 年７月 14 日	平成 29 年 10 月 20 日	平成 29 年 11 月 16 日	平成 30 年２月 23 日
三重県医療審議会災害医療対策部会	平成 29 年７月 11 日	平成 29 年 10 月 10 日	平成 29 年 11 月 15 日	平成 30 年２月 13 日
三重県医療審議会地域医療対策部会	平成 29 年 10 月３日	平成 29 年 11 月 13 日	平成 30 年２月 23 日	―
三重県医療審議会周産期医療部会	平成 29 年６月 26 日	平成 29 年 10 月 23 日	平成 29 年 11 月 20 日	平成 30 年２月 26 日
三重県小児医療懇話会	平成 29 年８月２日	平成 29 年 11 月 15 日	平成 30 年２月 14 日	―
三重県在宅医療推進懇話会	平成 29 年８月３日	平成 29 年 10 月２日	平成 29 年 11 月 29 日	平成 30 年２月 20 日

第４節｜委員名簿

１．三重県医療審議会 委員名簿

機　関	役　職	氏　名
公益社団法人 三重県医師会	会長	青木　重孝
三重県中小企業レディース中央会	会長	伊藤　惠子＊
健康保険組合連合会三重連合会	会長	北村　亨
国立大学法人 三重大学	学長	◎ 駒田　美弘
三重県精神科病院会	会長	齋藤　純一
公益社団法人 三重県歯科医師会	会長	田所　泰
三重県町村会	会長（大紀町長）	谷口　友見
一般社団法人 三重県薬剤師会	会長	西井　政彦
公益社団法人 三重県看護協会	会長	西宮　勝子
一般社団法人 三重県病院協会	理事長	濵田　正行
公立大学法人 三重県立看護大学	学長	菱沼　典子
三重県中小企業レディース中央会	副会長	前田　朝子＊
三重県市長会	会長（津市長）	前葉　泰幸
全国健康保険協会三重支部	支部長	真柄　欽一
志摩地域医療を考える会	会長	山下　美恵

*伊藤委員は第２回審議会まで、前田委員は第３回審議会から

（五十音順・敬称略、◎印は審議会会長）

２．５疾病・５事業および在宅医療対策に関係する会議 委員名簿

（1）三重県がん対策推進協議会

機　関	役　職	氏　名
公益社団法人 三重県医師会	会長	青木　重孝
三重県がん相談支援センター	サポーター	上野　玉男
津商工会議所女性会	会長	加瀬　由美子
健康保険組合連合会三重連合会	会長	北村　亨
国立大学法人 三重大学	学長	◎ 駒田　美弘
三重県市長会	副会長（伊勢市長）	鈴木　健一
公益社団法人 三重県歯科医師会	会長	田所　泰
三重労働局職業安定部	部長	内藤　彰彦
三重県がん相談支援センター	サポーター	中　　滉子
一般社団法人 三重県薬剤師会	会長	西井　政彦
三重県町村会	副会長（紀宝町長）	西田　健
公益社団法人 三重県看護協会	会長	西宮　勝子
一般社団法人 三重県病院協会	理事長	濵田　正行
公立大学法人 三重県立看護大学	学長	菱沼　典子

（五十音順・敬称略、◎印は会長・部会長・座長、以下同じ）

（2）三重県がん対策推進協議会がん対策戦略プラン策定検討部会

機　関	役　職	氏　名
がん患者会	患者会	荒木　求州
三重県がん相談支援センター	センター長	黒田　和博
三重労働局職業安定部	職業安定課長	田中　秀治
伊勢赤十字病院	緩和ケア科部長	辻村　恭江
三重県市町保健師協議会	幹事	中川　千恵子
三重大学医学部附属病院	がんセンター長	◎ 中瀬　一則
公益社団法人 三重県医師会	常任理事	中村　康一＊
	理事	石田　亘宏＊
公益社団法人 三重県歯科医師会	副会長	羽根　司人
厚生連鈴鹿中央総合病院	名誉院長	濵田　正行
国立大学法人 三重大学	大学院医学系研究科　教授	平山　雅浩
厚生連松阪中央総合病院	看護部長	村林　惠子
県立総合医療センター	薬剤部　主幹心得	山川　智一

＊中村委員は第１回検討部会まで、石田委員は第２回検討部会から

（3） 三重県脳卒中医療福祉連携懇話会

機　関	役　職	氏　名
医療機関（北勢）	市立四日市病院　神経内科部長	家田　俊明
一般社団法人 三重県介護支援専門員協会	代表理事	奥田　隆利
三重県脳卒中医療連携研究会	顧問	鈴木　秀謙
医療機関（中勢伊賀）	藤田保健衛生大学七栗記念病院 病院長	園田　茂
公益社団法人 三重県医師会	理事	田中　孝幸
三重県脳卒中医療連携研究会	顧問	◎　冨本　秀和
三重県保健所長会	会長	中山　治
三重県地域包括・在宅介護支援センター協議会	事業運営委員長	原田　重樹＊
訪問看護ステーション ナーシングヒル・なでしこ	施設長	藤波　恵子
医療機関（南勢志摩）	厚生連松阪中央総合病院 リハビリテーション科医長	水野　志保
医療機関（南勢志摩）	伊勢赤十字病院　脳神経外科部長	宮　史卓
三重県脳卒中医療連携研究会	代表幹事	諸岡　芳人
三重県医療ソーシャルワーカー協会	会長	山田　剛
医療機関（東紀州）	紀南病院　副院長	山中　学

＊第２回懇話会まで

（4） 三重県心筋梗塞等対策懇話会

機　関	役　職	氏　名
村瀬病院	院長	井阪　直樹
市立四日市病院	院長	一宮　惠
三重大学医学部附属病院	病院長 循環器内科　教授	◎　伊藤　正明
三重大学医学部附属病院	救命救急センター長	今井　寛
三重大学医学部附属病院	心臓血管外科　教授	新保　秀人
三重県消防長会	津市消防本部　救急担当副参事	鈴木　幸広
伊勢赤十字病院	循環器内科　部長	世古 哲哉
公益社団法人 三重県医師会	理事	曽我　俊彦
一般社団法人 三重県薬剤師会	委員会委員	高井　靖
一般社団法人 三重県理学療法士会	会長	高橋　猛
公益社団法人 三重県看護協会	伊勢赤十字病院　看護部長	谷　眞澄
厚生連松阪中央総合病院	副院長	谷川　高士

（5） 三重県糖尿病対策懇話会

機　関	役　職	氏　名
公益社団法人　三重県医師会	常任理事	馬岡　晋
全国健康保険協会三重支部	保健グループ　グループ長	小寺　智志＊
	保健グループ　主任	岡本　麻衣＊
日本糖尿病協会三重県支部	支部長	◎　住田　安弘
公益社団法人　三重県看護協会	四日市糖尿病クリニック　看護師	関根　智子
一般社団法人　三重県薬剤師会	理事	武内　恵子
三重県糖尿病対策推進会議	三重中央医療センター 統括診療部　内科系診療部長	田中　剛史
三重県市町保健師協議会	幹事	中川　千恵子
公益社団法人　三重県栄養士会	副会長	中野　芳恵
三重大学医学部附属病院	糖尿病・内分泌内科　准教授	矢野　裕

＊小寺委員は第２回懇話会まで、岡本委員は第３回懇話会から

（6） 三重県精神保健福祉審議会

機　関	役　職	氏　名
三重県こころのボランティア協議会		赤井　真知子
三重県精神保健福祉会		井村　克子
国立大学法人　三重大学	大学院医学系研究科精神神経科学分野 教授	岡田　元宏
三重県こころの健康センター	所長	楠本　みちる
三重県精神科病院会	会長	◎　齋藤　純一
公益社団法人　三重県医師会	理事	齋藤　洋一
厚生連鈴鹿厚生病院	院長	中瀬　真治
公益社団法人　三重県看護協会	会長	西宮　勝子
三重県精神保健福祉士協会		花村　彩
信貴山病院分院上野病院	院長	平尾　文雄
熊野病院	院長	福田　衆一
総合心療センターひなが		藤田　泉
三重県精神障がい者福祉事業所連絡協議会		又市　婦美子
県立こころの医療センター	院長	森川　将行
三重県民生委員児童委員協議会	常任理事	山本　壽人

（7） 三重県医療審議会　救急医療部会

機　関	役　職	氏　名
三重大学医学部附属病院	救命救急センター長	今井　寛
三重県消防長会	四日市市消防本部　消防救急課 副参事兼救急救命室長	小住　秀樹
伊勢赤十字病院	救急部長 兼救命救急センター長	説田　守道
一般社団法人　三重県病院協会	理事	高瀬　幸次郎
県立総合医療センター	救命救急センター長	田代　晴彦
公益社団法人　三重県医師会	理事	田中　孝幸
三重県小児科医会	会長	野村　豊樹
公益社団法人　三重県医師会	理事	◎　橋上　裕
公益社団法人　三重県歯科医師会	副会長	早川　豊治
三重県市長会	津市健康福祉部 健康医療担当理事	松岡　浩二
三重県町村会	大紀町健康福祉課長	森岡　律弥
公益社団法人　三重県看護協会	常任理事	吉原　喜代美

（8） 三重県医療審議会　災害医療対策部会

機　関	役　職	氏　名
三重大学医学部附属病院	病院長	伊藤　正明
公益社団法人　三重県歯科医師会	専務理事	稲本　良則
三重大学医学部附属病院	救命救急センター長	今井　寛
三重県警察本部	警備第二課長	片山　雅彦
三重県市長会	名張市長	亀井　利克
三重県消防長会	四日市市消防本部　消防救急課 副参事兼救急救命室長	小住　秀樹
三重県町村会	南伊勢町長	小山　巧
日本赤十字社	伊勢赤十字病院 救命救急センター長兼救急部長	説田　守道
県立総合医療センター	院長	◎高瀬　幸次郎
三重大学医学部附属病院	災害医療センター長	武田　多一
一般社団法人　三重県病院協会	理事	玉置　久雄
三重県保健所長会	桑名保健所長	長坂　裕二
公益社団法人　三重県医師会	理事	橋上　裕
一般社団法人　三重県薬剤師会	専務理事	増田　直樹
公益社団法人　三重県看護協会	常任理事	若尾　典子

（9） 三重県医療審議会　地域医療対策部会

機　関	役　職	氏　名
公益社団法人　三重県医師会	会長	青木　重孝
ＮＰＯ法人三重みなみ子どもネットワーク	理事長	秋山　則子
名張市立病院	院長	伊藤　宏雄
三重大学医学部附属病院	病院長	◎　伊藤　正明
三重県町村会	御浜町長	大畑　覚
国立大学法人三重大学	医学部長	片山　直之
県立志摩病院	院長	勝峰　康夫
伊勢赤十字病院	院長	楠田　司
三重県市長会	副会長（伊勢市長）	鈴木　健一
県立総合医療センター	院長	高瀬　幸次郎
三重県保健所長会	会長	中山　治
公益社団法人　三重県看護協会	会長	西宮　勝子
一般社団法人　三重県病院協会	理事長	濵田　正行
志摩地域医療を考える会	会長	山下　美恵

（10）　三重県医療審議会　周産期医療部会

機　関	役　職	氏　名
国立大学法人　三重大学	臨床医学系講座　産科婦人科学 教授	◎　池田　智明
三重大学医学部附属病院	医療福祉支援センター長	内田　恵一
三重県消防長会	津市消防本部　救急指導担当主幹	川喜田　匡
三重県消防長会	四日市市消防本部　消防救急課 副参事兼救急救命室長	小住　秀樹
県立総合医療センター	周産期母子センター次長 兼小児科部長	杉山　謙二
一般社団法人　三重県助産師会	会長	鈴木　照美
公益社団法人　三重県医師会	副会長	二井　栄
公益社団法人　三重県看護協会	会長	西宮　勝子
三重県小児科医会	会長	野村　豊樹
市立四日市病院	小児科部長	坂　京子
伊勢赤十字病院	副院長兼第一小児科部長	東川　正宗
公立大学法人　三重県立看護大学	学長	菱沼　典子
国立大学法人　三重大学	臨床医学系講座　小児科学　教授	平山　雅浩
国立病院機構　三重中央医療センター	新生児科医長	盆野　元紀
国立病院機構　三重中央医療センター	総合周産期母子医療センター部長	前田　眞
三重県産婦人科医会	会長	森川　文博

(11)　三重県小児医療懇話会

機　関	役　職	氏　名
三重大学医学部附属病院	小児トータルケアセンター長	岩本　彰太郎
三重大学医学部附属病院	医療福祉支援センター長	内田　恵一
三重県小児科医会	副会長	落合　仁
県立子ども心身発達医療センター	センター長	金井　剛
三重県消防長会	津市消防本部　救急担当副参事	鈴木　幸広
公益社団法人　三重県医師会	理事	野村　豊樹
伊勢赤十字病院	副院長兼第一小児科部長	東川　正宗
国立大学法人　三重大学	臨床医学系講座　小児科学教授	◎　平山　雅浩
国立病院機構　三重病院	院長	藤澤　隆夫
公益社団法人　三重県看護協会	専務理事	柳川　智子

(12)　三重県在宅医療推進懇話会

機　関	役　職	氏　名
一般社団法人　三重県薬剤師会	副会長	石淵　幹人
三重県訪問リハビリテーション連絡協議会	会長	伊藤　卓也
三重大学医学部附属病院	小児トータルケアセンター長	岩本　彰太郎
三重県介護支援専門員協会	代表理事	奥田　隆利
公益財団法人　三重県健康管理事業センター	教育広報部長兼三重県がん相談支援センター長	黒田　和博
在宅療養支援病院　代表	桜木記念病院　院長	◎　志田　幸雄
国立大学法人　三重大学	大学院医学系研究科家庭医療学教授兼三重大学医学部附属病院総合診療科科長	竹村　洋典
一般社団法人　三重県病院協会	理事	田中　公
三重県訪問看護ステーション連絡協議会	訪問看護浜っこステーション管理者	中田　美奈子
公益社団法人　三重県医師会	常任理事	中村　康一
三重県地域包括・在宅介護支援センター協議会	事業運営委員	南部　好宏
公益社団法人　三重県歯科医師会	副会長	羽根　司人
南伊勢町	福祉課長	広田　真理子
四日市市	健康福祉部次長・健康福祉課長	水谷　泰造
名張市	地域包括支援センター長	宮崎　正秀
公益社団法人　三重県看護協会	専務理事	柳川　智子
三重県医療ソーシャルワーカー協会	会長	山田　剛

用語解説

用　語	意　味
あ	
赤ちゃんへの気持ち質問票	育児の負担や赤ちゃんへのさまざまな気持ちを評価するために開発された自己記入式質問票です。エジンバラ産後うつ病自己質問票（ＥＰＤＳ）と併せて使用することにより、母親の育児不安や産後うつ病などを早期に発見し支援につなげます。
一般診療所	診療所のうち歯科診療所を除いた施設をいいます。
一般病床	病床の種別の１つで、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床をいいます。
医薬分業	患者の診察、薬剤の処方を医師または歯科医師が行い、医師・歯科医師の処方箋に基づいて、薬剤の調剤および投与を薬剤師が行うという形で役割を分担することです。
医療観察法	「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」の略で、心神喪失または心神耗弱の状態（精神障がいのために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態）で、重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害）を行った人に対して、適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的とした法律です。
医療機関	医療法で定められた「医療提供施設」（病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院、調剤を実施する薬局、助産所）をいいますが、狭義においては、医師、歯科医師等が医療行為を行う施設である病院、診療所をさす場合もあります。本医療計画における「医療機関」は、狭義の医療機関である、病院および診療所としています。
医療的ケア児	医学の進歩を背景として、ＮＩＣＵ等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障がい児のことをいいます。
医療ネットみえ	さまざまな病気や専門外来、所在地等、目的に合った県内の医療機関をホームページで探すことができる医療情報システムです。また、医療機関がパソコンから入力した診療の可否についての情報（応需情報）に基づき、受診可能な医療機関を 24 時間 365 日案内しています。
医療保護入院	精神障がい者で、医療および保護のために入院を要すると精神保健指定医によって診断された場合、本人の同意がなくても家族等の同意により精神科病院に入院となることをいいます。
インスリン	膵臓から分泌されるホルモンで、血糖を下げる働きがあります。
インターフェロン	ウイルスの感染を受けた時などに体内で作られる蛋白質の一種です。人工的に生産したインターフェロンを体外から注射により補うのが、インターフェロン治療です。インターフェロン治療は、肝炎ウイルスの増殖を抑え、肝炎ウイルスを破壊する効果があります。
院内がん登録	病院において、がん医療の状況を適確に把握するため、当該病院におけるがん患者の詳細な治療の状況を含む情報を収集し、院内がん登録データベースに記録および保存する仕組みです。

院内助産	緊急時の対応ができる医療機関において、正常経過の妊産婦のケアおよび助産を助産師が自立して行うものです。
インフォーマルサービス	公的機関や専門職による制度に基づく要介護者等に対するサービスや支援以外の援助をいいます。具体的には、家族、近隣住民、ボランティアなどの制度に基づかない援助などが挙げられます。
インフォームド・コンセント	患者が医療行為等の内容について医師等から十分な説明を受け納得した上で、自由意思に基づいてその医療行為（治療、投薬、手術等）を行うかどうかについて合意する制度のことです。
エジンバラ産後うつ病自己質問票（ＥＰＤＳ）	産後のうつ病のスクリーニングを行うため考案された 10 項目からなる自己記入式質問票です。（The Edinburgh Postnatal Depression Scale の略）
往診	医師が患者の家に行って診察することで、患者の求めに応じて臨時で行う場合をいいます。
オーダリングシステム	検査オーダー、処方、検査結果参照、医事会計等の作業指示をオンライン上で処理するシステムです。

か

介護支援専門員（ケアマネジャー）	要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門知識および技術を有する介護支援専門員証の交付を受けた人をいいます。介護保険制度で、要介護者または要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者等がその心身の状況等に応じた適切なサービスを利用できるよう、市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行います。
核酸アナログ製剤治療	Ｂ型肝炎ウイルスの増殖を抑制する経口薬で行う治療をいいます。核酸アナログ製剤はウイルス量を減らす作用が強く、また、副作用もインターフェロン治療と比較して少ないとされています。
カテーテル	血管や尿管などに挿入し、検査や治療を行うための医療用の管をいいます。中は空洞で柔らかく、薬の点滴や体液の排出などに使われます。
がん患者リハビリテーション料	がんやその治療により生じた疼痛、筋力低下等に対して、運動機能や生活機能の低下予防・改善を目的に、種々のリハビリテーションを行った場合に算定する診療報酬をいいます。
肝疾患診療連携拠点病院	肝疾患治療の中心的役割を果たすために都道府県が指定した病院をいいます。本県では、肝疾患診療連携拠点病院に三重大学医学部附属病院を指定しています。
感染症病床	「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に規定する１類感染症、２類感染症、新感染症および新型インフルエンザ等感染症の患者を入院させるための病床をいいます。
カンファレンス	院内で実施する症例検討会（患者の治療方針等の検討会）をいいます。

危険ドラッグ	麻薬・覚醒剤・大麻等には指定されていませんが、妄想、幻覚、幻聴、精神への悪影響や意識障害等の悪影響をおこすおそれがある製品をいいます。
キャリアサポート制度	自治医科大学を卒業し義務年限を終了した医師などを県職員として採用し、過疎三法の指定区域内にある公立病院やへき地診療所などに派遣する制度です。(平成 17 (2005) ～平成 21 (2009) 年度までは、ドクタープール制度といいました。)
救急医療情報システム	→ 医療ネットみえ
救急告示病院（医療機関）	救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当するため、「救急病院等を定める省令（昭和 39 年 2 月 20 日厚生省令第 8 号）」に基づき、県知事の認定を受けた医療機関をいいます。
急性期	病気を発症し始めの時期で、症状の比較的激しい時期をいいます。また、災害医療においては、発災直後の医療資源と医療需要のバランスが崩れた時期をいいます。
救命救急センター	急性心筋梗塞や脳卒中、重度の外傷・熱傷等の複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、24 時間体制で受け入れる三次救急医療施設をいいます。
教育入院	その疾患をより深く理解し、日常生活においての注意やケアを自らできるよう、教育を行うことを目的とした入院をいいます。
緊急時訪問看護加算	介護保険において、利用者またはその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある事業所において、当該体制にある旨を説明し、利用者の同意を得た場合に加算するものをいいます。
緊急措置入院	「精神保健福祉法」に基づき「入院させなければ精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害するおそれが著しい」と精神保健指定医が認めた場合に、県知事または指定都市の市長が精神科病院等に 72 時間に限って入院させることをいいます。
均てん化	全国どこでも標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差の是正を図ることをいいます。
グループホーム	認知症高齢者や障がい者などが、専門スタッフの支援を受けながら、小規模住宅で少人数の共同生活を行う住まいのことをいいます。
ケアマネジャー	→ 介護支援専門員
経口ブドウ糖負荷試験（ＯＧＴＴ）	糖尿病の診断方法の一つで、糖尿病が疑われる患者に対し、短時間に一定量のブドウ糖水溶液を飲んでもらい、一定時間経過後の血糖値の値から、糖尿病を診断する方法です。
結核患者収容モデル病床	結核患者の高齢化等に伴って複雑化する、高度な合併症を有する結核患者または入院を要する精神障がい者である結核患者に対して、医療上の必要性から、一般病床または精神病床において収容治療するためのより適切な基準を策定するためにモデル事業として行うものをいいます。
結核病床	結核の患者を入院させるための病床をいいます。

血漿分画製剤	血漿中に含まれる血液凝固因子、タンパク質を抽出して精製したものをいいます。使用目的に応じて、アルブミン製剤、免疫グロブリン製剤、血液凝固因子製剤などがあります。
検案	医師が死体に対し、死亡を確認し、死因、死因の種類、死亡時刻、異状死との鑑別を総合的に判断することをいいます。検案の結果、異状死の疑いがある場合は警察に連絡し、検視を行うこととなります。
健康増進法	国民の健康の増進に関する法律です。国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善、その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ることを目的として平成15年に施行されました。
健康日本21	「健康増進法」に基づき、厚生労働大臣が策定した「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成15年厚生労働省告示第195号）」のことで、国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向や国民の健康の増進の目標に関する事項等を定めたものです。平成24（2012）年に全部改正（「健康日本21（第２次）」）されました。
検視	変死者または変死の疑いのある死体について、その死亡が犯罪によるものかどうかを調べることをいいます。
原疾患	もともとある病気のことをいいます。
後期臨床研修	初期臨床研修を修了した医師を対象とする臨床研修です。専門分野の医療技術・知識を修得する目的で行われます。
合計特殊出生率	15～49歳の女性の年齢別出生率を合計したもので、１人の女性がその年齢別出生率で一生の間に産むとしたときの子どもの数に相当します。
高病原性鳥インフルエンザ	鳥類のインフルエンザは「鳥インフルエンザ」と呼ばれており、ヒトのインフルエンザウイルスとは別のＡ型インフルエンザウイルスの感染症のことで、感染した鳥が死亡したり、全身症状を発症したりと、特に強い病原性を示すものをいいます。
コーディネート	「調整」を意味し、本医療計画では主に、患者と医療従事者等の関係者の間に立って、連絡調整等を行うことをいいます。

さ

災害医療コーディネーター	災害時において医療・救護活動が円滑に行われるよう、内部・外部の調整を行う人のことで、主な役割として医療救護班の配置調整等があります。阪神・淡路大震災の教訓を経て、兵庫県で全国に先駆け設置され、全国に導入が進められています。
災害医療支援病院	災害拠点病院の機能の補完や支援を目的として指定しています。
災害拠点精神科病院	災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神科医療を行うための診療機能やＤＰＡＴ派遣機能を有するほか、患者の一時的避難に対応できる場所（体育館等）や重症な精神疾患を有する患者に対応可能な保護室を有し、災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う病院です。

災害拠点病院	災害時に災害医療圏域で災害医療の中心的な役割を担う医療機関として、各圏域に１施設以上を設置しています。
災害支援ナース	日本看護協会の災害支援ネットワークシステムに基づき、三重県看護協会に登録し、看護職能団体の一員として被災地に派遣される看護職員です。
災害時小児・周産期リエゾン	災害時に、搬送が必要な小児・妊産婦の情報を収集し、被災地内の適切な医療機関への搬送をコーディネートするとともに、全国のリエゾンと連携し、被災地外への搬送方法、受入体制の情報を収集することにより、新生児や妊産婦に対して医療を継続するための適切な搬送をコーディネートする役割を担います。
在宅人工呼吸指導管理料	人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定します。
在宅当番医制	主に入院治療の必要がなく、帰宅可能な患者への対応を病院や診療所が輪番で行う制度をいいます。
在宅療養支援診療所	在宅医療を支えるために 24 時間往診・訪問看護等ができる診療所をいいます。
在宅療養支援病院	在宅医療を支えるために 24 時間往診・訪問看護等ができ、200 床未満または半径４ｋｍ以内に診療所がない地域に存する病院をいいます。
産科オープンシステム・セミオープンシステム	分娩時に開業医が病院の施設を使用できるようにしたシステムで、ハイリスク妊娠に対するより安全な体制確保のために創設されました。
三次救急	二次救急では対応できない重篤な患者に対する高度な救急医療をいいます。
歯科診療所	診療所のうち歯科医業を行うものをいいます。
自助グループ	慢性疾病、依存症、被虐待体験など、何らかの生活課題や問題を抱えた人や家族(当事者)などが、相互に支え合い、その問題などを解決しようとするグループのことをいいます。
持続感染	ウイルスに感染してから、自己免疫によりウイルスが排除されず感染が６か月以上続く感染をいいます。Ｂ型やＣ型肝炎ウイルスの場合、長期間持続感染すると、一部の人々に慢性の肝臓病が発症します。
自治医科大学義務年限	自治医科大学の卒業生が医師免許を取得後、県が指定するへき地医療機関等に義務的に勤務する期間のことで､在学年数の 1.5 倍の期間とされています。
自閉症・発達障害支援センター	発達障がい児（者）への支援を総合的に行うことを目的とした専門的機関で、発達障がい児（者）とその家族が豊かな地域生活を送れるように、保健、医療、福祉、教育、労働などの関係機関と連携し、地域における総合的な支援ネットワークを構築しながら、相談支援を行う機関のことをいいます。
集学的治療	手術療法・放射線療法・薬物療法・免疫療法など複数の治療法を組み合わせて行う治療をいいます。

周産期死亡率	出産千あたりの年間周産期死亡（妊娠満 22 週以後の死産数に早期新生児死亡を加えたもの）数をいいます。
出産	出生と死産を合わせたものをいいます。
受動喫煙	他人の喫煙より生じた副流煙（喫煙者が吸い込む主流煙に対してたばこの先から出る煙）、呼出煙（喫煙者が吐き出した煙）により、有害物質を含む煙に曝露され、それを吸入することです。
巡回診療	巡回診療（巡回診療において行われる予防接種も含む。）は、その実施の方法に種々の態様のものがみられますが、いずれも一定地点において公衆または特定多数人に対して診療が行われるものとされています。
障害保健福祉圏域	障害福祉計画で各都道府県が定める圏域で、市町村だけでは対応困難な各種のサービスを面的・計画的に整備することにより広域的なサービス提供網を築くために決めるものです。三重県では、桑員、四日市、鈴鹿・亀山、津、松阪、伊勢志摩、伊賀、尾鷲、熊野の９つの圏域が設定されています。
上行大動脈	大動脈のうち，左心室の大動脈口（半月弁のあるところ）から上行して腕頭動脈の基部にいたる部分をいいます。
初期臨床研修	平成 16（2004）年度に見直された新臨床研修制度で、医師および歯科医師国家試験合格後の２年以上の臨床研修をいいます。
助産師外来	医療機関等において、外来で正常経過の妊産婦の健康診査と保健指導を助産師が自立して行うものです。
助産師出向支援導入事業	都道府県において助産師出向システムの導入を促進することを目的に、平成 27（2015）年度に新設された厚生労働省の補助事業です。
助産師出向システム	助産師の偏在解消、助産実践能力の強化等を目的として、現在の勤務先の身分を有しながら他施設で助産師として働くシステムです。
「女性が働きやすい医療機関」認証制度	女性の医療従事者が働きやすい職場環境づくりの促進を図るため、平成 27（2015）年度に全国で初めて三重県が創設した認証制度をいいます。妊娠時・子育て時の当直免除、短時間勤務に係る制度整備や保育施設の整備など、勤務環境の改善に積極的に取り組んでいる医療機関を県が認証します。
自立支援医療（精神通院医療）	精神疾患により、通院による精神医療を継続して受ける必要がある患者を対象に、通院のための医療費の自己負担を軽減する制度です。
人工透析	腎臓の機能を代替する装置を用いて、血液を体外に導いて老廃物を除き、ナトリウムやカリウムなどを補給して体内に戻す医療行為をいいます。
新生児死亡率	出生千あたりの生後４週未満の死亡数をいいます。
新生児聴覚スクリーニング検査	難聴の早期発見と診断、療育につなげるための、新生児期に行われるきこえの簡易検査です。

新専門医制度	各学会が専門医を認定する従来の制度に替わり、一般社団法人日本専門医機構が認定した専門医プログラムによって専門医を認定する新たな制度として、平成 30（2018）年 4 月から実施されます。専門医として認定されるには、３～５年程度の専門研修プログラムを修了し、試験に合格する必要があります。
心臓リハビリテーション指導士	特定非営利活動法人日本心臓リハビリテーション学会認定の資格で、心臓手術等の進歩による早期離床・早期退院に伴い、運動療法・食事療法・禁煙指導など包括的なリハビリテーションを行うことで再発予防をめざす専門職種です。
身体合併症	精神疾患に併せ、心臓疾患など身体疾患の治療が必要である状態のことをいいます。
心大血管疾患リハビリテーション料	心機能の回復や再発防止等を図るため、運動処方に基づき運動療法を行った場合に算定できる診療点数をいいます。
心肺蘇生法	呼吸や心臓が停止またはそれに近い状態にある傷病者に対して心肺機能を補助するために行う救命処置で、状態を確認しながら、人工呼吸、心臓マッサージ等を行います。
診療所	医師または歯科医師が、医業または歯科医業を行う施設で、19 床以下の入院設備（有床の場合）を備えるものをいいます。
診療報酬	保険医療機関等が行った保険医療サービスに対する対価として保険から受け取る報酬をいいます。診療報酬は点数であらわされ、１点は 10 円です。
新臨床研修制度	平成 16（2004）年 4 月から医師免許取得後、医師法に基づく２年以上の臨床研修（いわゆる初期臨床研修）を受けなければならないとする制度です。
スーパー救急病棟	→　精神科救急入院料届出病棟
ステージ	がんの進行段階（病期）を「ステージ」といい、病期のステージは数字が大きいほど進行したがんをあらわします。
ステントグラフト	金属製の骨組みに支えられたグラフト（人工血管）を、周辺組織を外科的に切開することなく、動脈瘤の長さの範囲内に留置し、弱くなった血管壁を内側から補強し、動脈瘤が破裂するのを防ぎます。
スピリチュアル	一般に「霊的な、魂の」と訳されます。患者が直面する「スピリチュアルな苦痛」は、多くの場合、生きている意味や目的についての関心や懸念と関連するとされています。
精神科救急入院料届出病棟	急性期の精神疾患患者について、早期に治療を行い、早期に地域に戻ることを目的とした病棟のことをいいます。
精神病床	病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるための病床をいいます。
セカンドオピニオン	患者が検査や治療を受けるにあたって主治医以外の医師に求めた意見、または意見を求める行為をいいます。
専攻医	新専門医制度において、専門医研修プログラムに登録し、専門医の取得に向けて研修中の医師をいいます。

全国がん登録	日本でがんと診断された全ての人のデータを、国で１つにまとめて集計・分析・管理する仕組みです。居住地域に関わらず全国どこの医療機関で診断を受けても、がんと診断された人のデータは国のデータベースで一元管理されるようになります。
臓器移植コーディネーター	臓器移植が公平・迅速に行われるために必要なさまざまな業務を 24 時間体制でサポートする人です。移植希望者や臓器提供情報の管理から社会（病院等の施設も含む）への臓器移植に関する普及啓発活動まで、移植に関わる多くの実務を行います。
早期新生児死亡率	出生数千あたりの生後７日未満の新生児の死亡数をいいます。
総合周産期母子医療センター	母体・胎児集中治療室（ＭＦＩＣＵ）を６床以上、新生児集中治療室（ＮＩＣＵ）を９床以上有するなど、相当規模の産科病棟や新生児病棟を備え、常時の母体および新生児搬送受入体制を有して、合併症妊娠、重症妊娠高血圧症候群、切迫早産、胎児・新生児異常等、母体または子どもにおけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行える医療施設をいいます。
総合診療医	日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズをふまえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、人びとの命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応できる医師をいいます。
増殖前網膜症	糖尿病により、血管が詰まって、網膜の一部に血液が流れていない虚血部分が生じてきた段階をいいます。そのまま放置すれば次の増殖網膜症に進行します。
増殖網膜症	糖尿病により、網膜に虚血部分が生じた部分に酸素や栄養を何とか送り込もうと、新しい血管（新生血管）が伸びてくる段階をいいます。新生血管はもろいので出血しやすく、視力に大きな影響を与えます。
措置入院	「精神保健福祉法」において「入院させなければ精神障がいのために自身を傷つけ、または他人に害を及ぼすおそれがあることが明らかである」と、２人の精神保健指定医の診察が一致した場合、知事または指定都市の市長が精神科病院等に入院させることをいいます。

た

ターミナルケア	治すことが難しい病気にかかり末期状態にある患者で、余生を自分らしく過ごしたいと希望する患者・家族の希望に沿って、必要な治療・処置などを支援することをいいます。
第一種・第二種感染症指定医療機関	第一種感染症指定医療機関は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」において、１類感染症、２類感染症または、新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する医療機関として県知事が指定した病院をいいます。（県内で１か所２床を指定しています。） 第二種感染症指定医療機関は、同法律において、２類感染症または、新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として県知事が指定した病院をいいます。（県内で７か所 22 床を指定しています。）

代診医	医療機関に勤務する医師が研修・休暇等で勤務地を一時的に離れる場合に、臨時で代替勤務をする医師のことです。
多剤耐性	何種類かの抗生物質が効かない性質をもつことをいいます。
地域移行、地域定着支援	精神科病院に長期的に入院している患者などに対し、退院し地域で生活することを支援することを地域移行支援といい、地域での生活を持続的に行えるように支援することを地域定着支援といいます。
地域医療連携推進法人	医療機関等を開設する法人等が、業務の連携を推進することを目的に設立した一般社団法人で、都道府県知事から医療連携推進の認定を受けた法人をいいます。複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域における質が高く効率的な医療提供体制の確保につなげます。
地域医療枠	卒業後一定期間、三重県内で医療・医学領域に貢献する意志のある志望者を対象とした三重大学医学部医学科の入学枠をいいます。
地域がん登録	対象地域（主に都道府県単位）の居住者に発生した全てのがんを把握することにより、がんの罹患率と地域レベルの生存率を計測する仕組みです。
地域周産期母子医療センター	産科および小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療を行うことができる医療施設をいいます。
地域定着支援	→　地域移行、地域定着支援
地域包括ケアシステム	団塊の世代が 75 歳以上となる平成 37（2025）年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域において構築を推進する包括的な支援・サービス提供体制をいいます。
地域包括支援センター	介護保険法で定められた、高齢者等の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関のことをいいます。
地域連携クリティカルパス	急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画（クリティカルパス）を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものをいいます。
地域枠Ａ・Ｂ	本県出身者を対象とした三重大学医学部医学科の推薦入学枠をいいます。なお、地域枠Ｂは、県内の医師不足地域の出身者を対象としています。
治療抵抗性統合失調症治療薬	統合失調症の症状により長期の入院生活を余儀なくされたり、地域での生活に重度の支障が生じている疾患を「治療抵抗性統合失調症」といいますが、これらの状態に対して、個人差はあるものの、効果が認められる薬のことをいいます。
低出生体重児出生率	出生数に対する出生時の体重が 2,500 グラム未満の新生児の割合をいいます。

テスラ	磁力の単位で、数字が大きいほど磁力線が密集し、磁力が強いことを意味します。磁力が大きいＭＲＩほど画質の高い画像が得られます。
電子カルテシステム	紙のカルテを電子的なシステムに置き換え、電子情報として編集・管理し、データベースに記録する仕組みをいいます。
統合失調症圏	統合失調症や妄想性障害、統合失調感情障害などの統合失調症に似たような症状を呈する疾患群のことです。
糖尿病神経障害	高血糖の状態が長く続くことで、足や手の末梢神経に障がいが起き、手足のしびれや筋力の低下等のさまざまな症状を引き起こす疾患をいいます。
糖尿病腎症	高血糖の状態が長く続くことで、腎臓の糸球体の毛細血管に障がいが起き、徐々に尿が作れなくなる疾患をいいます。
糖尿病性腎症重症化予防プログラム	糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者に受診勧奨、保健指導を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち、重症化するリスクの高い人に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止することを目的として、行政や保険者、医療関係者等とが協力・連携して行う取組の考え方や具体的取組例を示すものです。
糖尿病足病変	高血糖の状態が長く続くことで、足の神経障害や血流障害により、潰瘍や壊疽が起こった状態をいいます。
糖尿病網膜症	高血糖の状態が長く続くことで、眼の底にある網膜の血管に障がいが起き、視力の低下を招き、最悪の場合は失明の原因となる疾患をいいます。
糖尿病療養指導士	糖尿病とその療養指導全般に関する正しい知識を持ち、医師の指示のもと、患者に療養指導を行うことのできる、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士をいいます。
糖尿病連携手帳	日本糖尿病協会が発行し、糖尿病患者に配布されている血糖値やＨｂＡ１ｃなどの情報を記録することができる自己管理ツールです。また、医療スタッフが手帳に所見やコメントを記入することで、患者を中心とした医療連携を図るツールとしても活用されます。
ドクターヘリ	医療機器を装備し、救急医療の専門医・看護師が搭乗した専用ヘリコプターをいいます。
特定機能病院	最先端医療を提供する病院として厚生労働大臣の承認を受けた病院で、高度の医療技術や設備を備え、高度医療技術の開発・評価、高度医療に関する研修を行っている病院です。
特定給食施設	特定かつ多数の人に対して継続的に食事を供給する施設のうち栄養管理が必要なもので、１回 100 食以上または１日 250 食以上の食事を提供する施設です。
特定健康診査	平成 20（2008）年４月から保険者（国民健康保険、被用者保険）に義務づけられた、40～74 歳の被保険者・被扶養者を対象とした健康診査をいいます。

特定行為研修	医師等の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助を行う看護師の養成を目的として、特に必要とされる高度かつ専門的な知識および技術の向上を図るための研修です。
特定不妊治療	不妊治療の一種で、体外受精（卵子を体外に取り出し、精子と接触させ、受精した卵を子宮内に戻す方法）および顕微授精（体外受精と同様に体外に取り出した卵に対し、顕微鏡で観察しつつ精子を直接注入する方法）をいいます。
特定保健指導	特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して、保健師、管理栄養士などが行う生活習慣を見直すための支援のことをいいます。発症リスクに応じ、「動機付け支援」や「積極的支援」などの方法で行います。
都道府県協議会	新専門医制度において、地域医療に影響を与えていないかどうか確認するため、都道府県、市町村、医師会、大学、病院団体等からなる地域の関係者が協議する場をいいます。本県では、三重県地域医療支援センター運営協議会の下に設置する「キャリア形成支援専門部会」を「都道府県協議会」としています。

な

ナースセンター	「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づき、都道府県ごとに１つに限り知事が指定するものです。看護職員の無料職業紹介、再就業支援、潜在看護職員の把握や看護に関する普及事業等を行います。
ナースバンク	都道府県ナースセンターが実施する看護職員の無料職業紹介事業です。求人求職登録および職業紹介や就業相談等を行います。
二次救急	入院や手術が必要であり、おおむね救急医療圏内での治療が可能なレベルの医療をいいます。
二次障害	発達障がいや知的障がいなどにおいて、障がいによる苦手さに周囲の人が気づかないことなどから、不適切な行動をとってしまうことなどで、二次的に生じてしまう障がいのことをいいます。
24 時間対応体制加算	医療保険において、電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応でき、緊急時の訪問看護を必要に応じて行える体制にあり、利用者の同意を得てその体制を実施した場合に算定します。
24 時間連絡体制加算	医療保険において、電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応でき、利用者の同意を得てその体制を実施した場合に算定します。
乳児	生後０日から満１歳未満までの子をいいます。
任意入院	「精神保健福祉法」において、精神障がい者自らの意志で、精神科病院へ入院する形態のことをいいます。
妊産婦死亡率	出産 10 万あたりの妊娠中または妊娠終了後満 42 日未満の女性の死亡数をいいます。

認知症サポート医	認知症患者の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師をいいます。
年齢調整死亡率	年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率をいいます。
年齢調整受療率	年齢構成の異なる地域間で受療状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた受療率をいいます。
年齢調整罹患率	年齢構成の異なる地域間で罹患状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた罹患率をいいます。

は

廃用性症候群	過度に安静にすることや、活動性が低下したことにより身体に生じたさまざまな状態をさします。
バディ・ホスピタル・システム	本県における都市部の医療機関から医師不足地域の医療機関に医師を派遣する制度をいいます。
バリアフリー	障がい者や高齢者等の社会生活弱者が、社会生活に参加する上で生活の支障となる物理的な障がいや、精神的な障壁を取り除くための施策、もしくは具体的に障がいを取り除いたものおよび状態をいいます。
ピアサポーター	悩んでいる人と同じ体験をもち支援する仲間をいいます。思春期特有の悩みを相談できる同世代の仲間や、精神障がいに関する体験や思いを同じ精神障がいを持つ人達に伝え、共有することで支援する、精神に障がいのある当事者等があります。
非ＳＴ上昇型心筋梗塞	心筋の壁の表面だけが壊死している心筋梗塞の軽いものをいいます。
光凝固療法	破れやすい新生血管網を、レーザー光によって凝固させることで安定させる治療法です。
ヒヤリ・ハット	突発的な事象やミスにヒヤリとしたり、ハッとしたりするもので事故一歩手前の事例をいいます。現場ではヒヤリ・ハットの情報を公開させ、蓄積、共有することで、重大な労働災害の発生を未然に防止する活動が行われています。
病院	医師または歯科医師が、医業または歯科医業を行う施設で、20床以上の入院設備を備えるものをいいます。
病院群輪番制	中核的な病院が曜日などで交替して患者を受け入れる制度をいいます。
標準登録様式	院内がん登録をそれぞれ異なる方法で実施すると、他施設と比較して各病院の診療の特徴を把握することができないため、国立がん研究センターは登録項目や手順等を定めた標準的登録様式を示しています。なお、厚生労働大臣が定める指針でも、院内がん登録は標準登録様式に準拠して実施することとされており、がん診療連携拠点病院等では、この標準化された登録様式で院内がん登録を実施しています。

病診連携	病院と診療所が連携して医療を提供する体制をいいます。
病病連携	病院同士が連携して医療を提供する体制をいいます。
日和見感染	免疫力が低下したときにかかる、さまざまな感染症や病気のことをいいます。
不育症	妊娠はするけれど、流産や死産あるいは早期新生児死亡（生後７日未満で新生児が死亡すること）を繰り返し、結果的に子どもを持てない場合をいいます。
プッシュ型支援	被災した自治体からの要請を待たずに、必要不可欠と見込まれる物資を調達し、被災地に緊急輸送する支援方法です。一方、被災した自治体からの要請に応じて必要な物資を調達し、被災地に供給する支援方法を「プル型支援」といいます。
プライマリ・ケア	身近にあって、何でも相談にのってくれる総合的な医療のことです。（一般社団法人　日本プライマリ・ケア連合学会）
プレホスピタル・ケア	病院に到着するまでに傷病者に対して救急救命士が行う救急救命処置、救急現場での住民による応急手当等をいいます。
へき地医療機関	へき地にある病院および診療所（へき地診療所を含む）をいいます。
へき地医療拠点病院	無医地区および無医地区に準じる地区を対象として、へき地医療支援機構の指導・調整のもとに、巡回診療、へき地診療所等への代診医派遣などの医療活動を継続的に実施できると認められる病院をいい、知事が指定します。
へき地医療支援機構	国の「第９次へき地保健医療計画」に基づき各県に設置することが求められている機関で、本県では平成 15（2003）年度より、「三重県へき地医療支援機構」を県健康福祉部に設置し、専任担当官（へき地での勤務経験を有する医師）を配置してへき地医療対策の各種事業を円滑かつ効果的に実施しています。
へき地診療所	原則として人口 1,000 人以上の無医地区等において、住民の医療確保のため市町等が開設する診療所をいいます。
訪問看護	看護師等が居宅を訪問して、療養上の世話または必要な診療の援助を行うことをいいます。
訪問診療	医師が定期的に患者の家を訪問して診察し、健康管理を行うことをいいます。
母子保健推進員	市町の委嘱により、母子保健事業（乳幼児健診・相談・各種教室、見守り訪問など）に協力することで、住民が安心して妊娠・出産・育児ができるよう、家庭と行政の架け橋となって活動する人のことです。

ま

マッチング	臨床研修を受けようとする者（医学生等）の研修希望と、臨床研修を行う病院（研修病院）側の希望をふまえて、組み合わせを決定することをいいます。

マルチスライスＣＴ	放射線を用いて、臓器の立体的な画像を撮影する装置をいいます。
慢性期	病気の急性期を過ぎて、症状・徴候は激しくないものの、治癒することが困難な状態が長期間にわたって持続する時期をいいます。
三重県医師修学資金貸与制度	県内の地域医療を支える若手医師の育成・確保を目的として、医学生を対象に修学資金を貸与する制度です。卒後に県内の救急告示病院等に勤務することで返還免除となります。
三重県医療勤務環境改善支援センター	「医療法」に基づき、医療従事者の勤務環境改善に係る拠点機能の確保を目的として、都道府県が設置に努めなければならないとされた組織をいいます。本県では、平成 26（2014）年８月に全国で３番目に設置しました。
三重県献血推進連絡会	本県では、献血協力者の安定的な確保のため、若年層に対する献血の啓発、複数回献血者の確保、献血に協力する企業数の拡大等に向け、より一層効果的な献血の啓発などに取り組んでいます。こうした取組を県全体で組織的に推進するための、市町の血液行政担当者やボランティア団体など献血活動に携わる関係者が、情報交換および協議を行う場として設置された連絡会です。
三重県新生児ドクターカー（すくすく号）	ドクターカーとは、医師が医療機器等を搭載した車両に同乗して救命処置を行いながら医療機関へ搬送できる救急自動車をいいます。 すくすく号は、本県で運用されている新生児のドクターカーのことで、国立病院機構三重中央医療センターに整備され、広域をカバーしています。
三重県専門研修医研修資金貸与制度	指定専門研修（三重大学や県内中核病院などが作成した専門研修プログラムのうち、知事が指定した研修プログラム）を受けている卒後おおむね 10 年以内の医師を対象に、県内の地域医療を支える勤務医や指導医の育成および確保を目的として研修資金を貸与する制度をいいます。研修修了後、貸与期間の 1.5 倍の期間を県内の救急告示病院等に勤務することで返還免除となります。
三重県地域医療研修センター（ＭＥＴＣＨ）	医学生・研修医に対して、地域医療に関する実践的な研修を提供し、将来的に地域医療を担う医師を育成するため、平成 21（2009）年４月に三重県が紀南病院内に開設した研修センターです。 ※ＭＥＴＣＨ：Mie Education and Training Center for Community Health の略。
三重県地域医療支援センター	平成 24（2012）年５月、県内の医師の地域偏在の解消等を目的に、県庁内に設置し、あわせて分室を三重大学内に設置しました。県内の医療機関や医師会、市町、三重大学等と連携して、若手医師のキャリア形成支援と医師不足病院における医師確保支援を一体的に行う仕組みづくり等の取組を進めています。

三重県臨床研修医研修資金貸与制度	県内の病院に勤務する初期臨床研修医を対象に、県内の地域医療を支える若手医師の育成・確保を目的として研修資金を貸与する制度をいいます。研修修了後、3年間を県内の救急告示病院等に勤務することで返還免除となります。
みえ子ども医療ダイヤル（＃8000）	子どもの急な病気や事故、薬に関する心配について、毎日午後７時30分から翌朝８時まで、医療関係の専門相談員が電話相談に応じる事業です。
三重専門医研修プログラム（後期臨床研修プログラム）	平成25（2013）年度に三重県地域医療支援センターが作成した後期臨床研修プログラムで、中核病院と医師不足病院をローテーションしながら専門資格が取得できます。
三重大学医学部医学・看護学教育センター	三重大学における医学部の学生を対象に、学生教育（企画調査、学生支援、国際交流、地域医療教育など）を担当するセクションです。
無医地区に準じる地区	無医地区には該当しないが、知事が厚生労働大臣に協議を行い、これに準じた医療の確保が必要と認めた地区をいいます。
無医地区・無歯科医地区	厚生労働省の定義によるもので、医療機関のない地域で当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径４㎞の区域内に50人以上が居住している地域であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区をいいます。
無歯科医地区に準じる地区	無歯科医地区には該当しないが、知事が厚生労働大臣に協議を行い、これに準じた医療の確保が必要と認めた地区をいいます。
メタボリックシンドローム	内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満）に加えて、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか２つ以上をあわせ持った状態をいいます。
メディカルコントロール体制	救急救命士等が行う救急救命処置等の活動を医師の指示のもとで行うとともに、その処置内容等に関して、医師等による事後検証を行うことにより質の向上を図っていく体制のことをいいます。
免許保持者の届出制度	免許を持ちながら看護師等の仕事に就いていない場合に、氏名や連絡先などを都道府県ナースセンターに届け出るものです。潜在看護師等を含めた離職中の看護師等の復職支援を図ることを目的としています。
メンタルケア	精神面での援助・介護のことです。

や

ユニバーサルデザイン	ユニバーサル＝普遍的な、全体の、という言葉が示しているように、「全ての人のためのデザイン」を意味し、年齢や障がいの有無などに関わらず、最初からできるだけ多くの人が利用可能であるようにデザインすることをいいます。
幼児死亡率	幼児（1歳から４歳）人口千あたりの幼児の死亡数をいいます。

ら

ライフステージ	人間の一生において、年齢に伴って変化する段階（幼年期・児童期・青年期・壮年期・老年期など）のことをいいます。
リハビリテーション	狭義には、病気や外傷が原因で心身の機能と構造の障がい、生活上の支障が生じたときに、専門職により行われる機能回復訓練をいいます。また、単なる機能回復ではなく、「人間らしく生きる権利の回復」や「自分らしく生きること」をめざした総合的な治療的訓練や援助を指します。
流出率（流出患者割合）	当該地域内に居住する推計患者数のうち、当該地域外の医療機関で診療を受けた患者の割合です。
流入率（流入患者割合）	当該地域内の医療機関で診療を受けた推計患者数のうち、当該地域外に居住する患者の割合です。
療育	障がい児の社会的自立をめざした医療と教育をいいます。
療養病床	長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床です。
臨床研修病院	診療に従事しようとする医師が、医師免許取得後受けることとなる臨床研修において、基本的な診療能力を身につけるための研修を提供することができる、厚生労働省の指定を受けた病院です。
輪番病院	→ 病院群輪番制
レスパイトケア	乳幼児や障がい児（者）、高齢者などを在宅でケアしている家族を癒やすため、施設への短期入所等により一時的にケアを代替し、リフレッシュを図ってもらう家族支援サービスです。
レセプト	診療（調剤）報酬明細書のことです。患者が受けた診療に対して医療機関が保険者に請求する明細書のことで、診療内容や処方した薬の費用等が記載されています。
レセプト電算処理システム	保険医療機関または保険薬局が、電子レセプトをオンラインまたは電子媒体により審査支払機関に提出し、審査支払機関において、受付、審査および請求支払業務を行い、保険者が受け取る仕組みです。
老人福祉圏域	介護保険事業支援計画・高齢者福祉計画において、介護給付費等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定めるために都道府県が設定する単位（圏域）をいいます。本県では、二次医療圏と同じ圏域を設定しています。

A

ＡＤＬ	Activities of Daily Living（日常生活動作）の略で、日常生活を営む上で、普通に行っている行為、行動のことです。具体的には、食事や排泄、整容、移動、入浴等、基本的な行動をいいます。

ＡＥＤ	Automated External Defibrillator（自動体外式除細動器）の略で、必要に応じて自動的に電気ショック（除細動）を与え、心臓の働きを戻すことを試みる医療機器です。
B	
ＢＣＰ	Business Continuity Planningの略で、災害などリスクが発生したときに重要業務が中断しないように、目標復旧時間内に重要な機能を再開させ、業務中断に伴うリスクを最低限にし、平時から事業継続について戦略的に準備しておく計画です。
C	
ＣＡＢＧ	Coronary Artery Bypass Graft（冠動脈バイパス術）の略で、血管の狭窄・閉塞した部分に血流の迂回路をつくる治療法のことです。
ＣＣＵ	Cardiac Care Unit（心臓内科系集中治療室）の略で、狭心症や心筋梗塞など心臓血管系の重症患者を対象とする、特殊な集中治療室です。
ＣＲＴ	Cardiac Resynchronization Therapy（心臓再同期療法）の略で、重症心不全に対して、ペースメーカーを使って心臓のポンプ機能の改善を図る治療方法です。
ＣＴ	Computed Tomography（コンピューター断層撮影）の略で、Ｘ線管球が身体の周りを回転して、360°方向から収集された情報を集め、その情報をコンピュータ解析し、身体のあらゆる部位の輪切りの画像を作り出す技術です。
D	
ＤＭＡＴ	Disaster Medical Assistance Team（災害医療派遣チーム）の略で、大震災および航空機・列車事故といった災害時に被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チームのことです。
ＤＯＴＳ	Directly Observed Treatment Short－course（直接監視下短期化学療法）の略で、結核患者を発見し治すために世界中で使われている、プライマリー保護サービスの包括的戦略の名前です。看護師や保健師等が助言し、薬を患者が飲み込むのを直接確認し、そして患者が治癒するまで支援します。
ＤＰＡＴ	Disaster Psychiatric Assistance Team（災害精神医療派遣チーム）の略で、大規模災害などで被災した精神科病院の患者への対応や、被災者のＰＴＳＤ（Post-traumatic Stress Disorder）をはじめとする精神疾患発症の予防などを支援する専門チームのことです。
ＤＰＣ	Diagnosis Procedure Combination（包括評価制度）の略で、平成15年に導入された、急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度である。
Drip and Ship	遠隔診療を用いる等によって、脳卒中に精通した医師の指示下にｔ-PA療法を開始した上で、血管内治療が可能な施設を含む、より専門的な診療が可能な施設に、脳梗塞患者を搬送することをいいます。

E

ＥＭＩＳ

Emergency Medical Information System（広域災害救急医療情報システム）の略で、被災した都道府県を越えて医療機関の稼働状況、医師・看護師等の医療従事者の状況、ライフラインの確保、災害医療に係る総合的な情報を共有するためのシステムです。

ＥＰＤＳ

→　エジンバラ産後うつ病自己質問票

G

ＧＣＵ

Growing Care Unit の略で、新生児治療回復室と訳されます。出生時・出産後に生じた問題が解決・改善した新生児の経過を観察する施設です。

H

ＨＡＣＣＰ

Hazard Analysis and Critical Control Point（危害分析重要管理点）の略で、食品の原料の受入れから製造・出荷までの全ての工程において、危害の発生を防止するための重要ポイントを継続的に監視・記録する衛生管理手法です。

ＨｂＡ１ｃ

赤血球の蛋白であるヘモグロビンとブドウ糖が結合したグリコヘモグロビンのうち、糖尿病と密接な関係を有するものをいいます。患者の過去１～２か月の平均血糖値を反映する指標であり、血糖コントロールの指標として用いられます。

ＨＩＶ

Human Immunodeficiency Virus（ヒト免疫不全ウイルス）の略で、人の免疫力を低下させ、後天性免疫不全症候群を引き起こすウイルスです。

I

ＩＡＢＰ

Intra Aortic Balloon Pumping（大動脈内バルーンパンピング法）の略で、患者の大動脈内にバルーンカテーテルを挿入し、心臓の拍動に合わせてバルーンを収縮・拡張させることで心臓の働きを補助する治療法です。

ＩＡＤＬ

Instrumental Activities of Daily Living（手段的日常生活動作）の略で、日常生活を送る上で必要な動作のうち、ＡＤＬより複雑で高次な動作をいいます。例えば、買い物や洗濯、掃除等の家事全般や、金銭管理や服薬管理、外出して乗り物に乗ることなどです。

ＩＣＴ

Information and Communication Technology（情報通信技術）の略で、情報・通信に関連する技術一般の総称です。

J

ＪＭＡＴ

日本医師会により組織される災害医療チームで、被災地の支援に入り、現地の医療体制が回復するまでの間、地域医療を支えるための組織です。

M

ＭＦＩＣＵ
Maternal-Fetal Intensive Care Unit（母体・胎児集中治療室）の略で、前置胎盤や重い妊娠高血圧症候群など、リスクの高い母体・胎児に対応するための設備を備えた治療室です。

ＭＭＣ卒後臨床研修センター
臨床研修医や指導医、臨床研修病院等を対象として、臨床研修を円滑に行うための事業を実施することを目的に、県内の関係医療機関が共同で設立したＮＰＯ法人です。
※ＭＭＣ：Mie Medical Complex の略。

ＭＭＣプログラム
県内の 16 の初期臨床研修病院における、それぞれの特徴を活かした臨床研修プログラムのことをいいます。すべての初期臨床研修病院は、互いに連携しており、臨床研修医は自由選択の期間に約 200 科の研修枠からＭＭＣプログラムによる研修を受けることができます。

ＭＲＩ
Magnetic Resonance Imaging system（磁気共鳴画像装置）の略で、磁気と電磁波および水素原子の動きを利用して、体の断面を撮影する装置、またはそれを用いた検査を指します。

ＭＲアンギオグラフィ
ＭＲＩを使って、磁気を利用して血管を画像化する方法です。

N

ＮＣＤ
National Clinical Data Base の略で、専門医制度と連動して外科手術症例をデータベース化したものです。

ＮＤＢ
National Data Base の略で、厚生労働省が全国のレセプト情報等をデータベース化したものです。利用にあたっては、個人等が特定されないよう、一定のルールがあります。

ＮＧＳＰ値
ＨｂＡ１ｃの検査および表記手法の一つです。平成 24（2012）年度以降は原則として、国際的に広く用いられているＮＧＳＰ値（国際標準値）が使用されます。従来使用していたＪＤＳ 値より約 0.4 ポイント高くなります。

ＮＩＣＵ
Neonatal Intensive Care Unit（新生児集中治療室）の略で、早産などによる低体重児や先天性の重い病気を持つ新生児を受け入れ、専門医療を 24 時間体制で行う治療室をいいます。

O

ＯＧＴＴ
Oral Glucose Tolerance Test の略。→ 経口ブドウ糖負荷試験

P

ＰＣＩ
Percutaneous Coronary Intervention（経皮的冠動脈形成術）の略で、「カテーテル」と呼ばれる細長い管を心臓の血管（冠動脈）まで挿入し、狭くなった冠動脈の血管を内側から拡げる治療法です。

ＰＥＴ
Positron Emission Tomography（陽電子放出断層撮影）の略で、放射線を出す検査薬を注射し、その薬が発する放射線を特殊なカメラを使って外部から検出し画像化する装置です。

ＰＥＴ－ＣＴ	診断の精度を向上させるためにＰＥＴとＣＴを組み合わせた装置です。
Q	
ＱＯＬ	Quality of Life（生活の質）の略で、人間らしく、満足して生活しているかを評価する概念です。
S	
ＳＣＵ	Stroke Care Unit（脳卒中集中治療室）の略で、脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）急性期の患者を、専門医療スタッフがチームを組んで計画的に診療を行う治療室です。
ＳＣＵ	Staging Care Unit（広域搬送拠点臨時医療施設）の略で、広域搬送拠点に搬送された患者を被災地域外へ搬送するにあたり、長時間の搬送に要する処置等を行う臨時医療施設のことです。
ＳＰＥＣＴ	Single Photon Emission Computed Tomography（単光子放射線コンピュータ断層撮影）の略で、体内に注入したＲＩ（放射性同位元素）の分布状況を断層画面で見る装置をいいます。脳血管障害や心疾患の検査に用います。
ＳＴＤ	Sexually Transmitted Diseases（性感染症）の略で、性的接触によって感染する病気をいいます。
ＳＴ上昇型心筋梗塞	心電図波形のＳＴと呼ばれる部分が上昇し、心室の壁をつくっている心筋が壊死していると判断されるものをいいます。
T	
t-ＰＡ	血栓（血の塊）を溶かす薬（血栓溶解薬）です。脳の血管が詰まり、重い後遺症や死に至るおそれがある脳梗塞（こうそく）の治療に用いられます。
U	
ＵＩＣＣ	Union for International Cancer Control（国際対がん連合）の略で、民間の対がん運動組織です。国際対がん連合では、がんの進行度を判定する基準を定めています。

第７次三重県医療計画

三重県医療保健部

〒514-8570　三重県津市広明町13番地

TEL:059-224-3374／FAX:059-224-2340